Rok XLI. Kraków, 4 Stycznia 1902. Nr. 1.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4

Administracya: Podwale L. 9

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie** nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38 w **Chicago** Dr. Bronisław Grabowicz, Milwauke Av. Nr. 576.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 40 halerzy

Przedpłata wynosi:

w Austryi	rocznie 20 koron.	półrocz. 10 kor.,	kwart. 5 koron.
w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem	„ 7 rubli.	„ 3·50 rsr.,	„ 1·75 rs.
w Niemczech . .	16 marek,	„ 8 marek,	„ 4 marki.
we Francyi . .	„ 30 frank.,	„ 15 frank.,	„ 7·50 fr.

P. T. Autorów uprasza się, aby równocześnie z nadesłaniem rękopisu zechcieli donieść, czy życzą sobie mieć i ile odbitek.

Treść:

Rok XLI. Kraków, 4 Stycznia 1902. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu Prof. Dr. Pasternackiego.

Zasadowość krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju.

(Badania doświadczalno-kliniczne).

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski,
ordynator kliniki.

Uznając wielkie znaczenie krwi dla życia zwierzęcego, oddawna poddano ją ścisłemu badaniu. Mniemając, że studya takie przyczyniają się znacznie do wyjaśnienia wielu dotychczas ciemnych zjawisk w ustroju, bez ustanku podnoszą badacze nowe zagadnienia w dziedzinie hematologii, lub torują nowe drogi ku rozwiązaniu spraw już dawniej poruszonych, lecz dotychczas jeszcze w sposób zadowalniający nie rozstrzygniętych. Do tych zagadnień należy między innemi nauka o zasadowości krwi.

Że krew ma odczyn zasadowy, to było już od dawna wiadomo. Lecz badania donioslości tego pewnika rozpoczęły się dopiero w początku 7-go dziesiątka lat przeszłego stulecia w chwili, gdy Salkowski[1]) wykazał, że długotrwałe podawanie królikom tauryny, która w ustroju rozkłada się z odszczepieniem kwasu siarkowego, prowadzi ostatecznie do śmierci wśród objawów, przypominających zatrucie kwasami. Przyczynę tej śmierci bliżej wyjaśnił Walter[2]). Doświadczenia jego wykazały, że zasadowy odczyn krwi jest niezbędny dla życia, że wprowadzanie do ustroju kwasów toruje drogę do śmierci jedynie przez zubożenie ustroju w zasady, nawet jeszcze wcześniej, zanim krew pozbawi się całkowicie alkaliów, króliki naprz. giną już przy obniżeniu zawartości bezwodnika kwasu węglowego (CO^2) we krwi do 2,07 — 2,93%.

Dalsze badania wykazały, że ustrój zwierzęcy jest zabezpieczany poniekąd od ciągłych wahań zasadowości krwi dzięki pewnym narządom regulującym. Narządy te są czulsze i łatwiej wprawiają się w ruch u zwierząt mięsożernych i u ludzi, którzy częściej bywają narażeni na samozatrucie kwasami, niż u trawożernych. Rolę tych narządów u trawożernych spełniają stałe alkalia, ług sodowy (NaOH); potasowy (KOH), Walter[2]); u mięsożernych zaś i u ludzi przedewszystkiem amoniak (Coranda[3]), Hallervorden[4]), v. Limbeck[5]), a następnie i nielotne zasady, mianowicie ług sodowy i potasowy, lecz w nieznacznym stopniu (Gäthgens[6]), Biernacki[7]), v. Limbeck[5]).

Już sama obecność narządu, zabezpieczającego ustrój od nieustannych wahań zasadowości krwi, świadczy, że alkaliczność krwi powinna mieć wybitne znaczenie w różnych sprawach ustroju. Niestety poszukiwania w tym kierunku dotychczas pozostają prawie zupełnie bezowocne. W końcu 8-go dziesiątka lat zeszłego stulecia przypuszczano, że stopień zasadowości krwi odgrywa rolę w odporności ustroju przeciwko różnym zakażeniom (Behring[8]), Fraenkel[9]), Gamaleia[10]), Löwy i Richter[11]), Neumann[11]), Fodor[11]) etc., lecz pogląd ten stracił znacznie na swej sile, gdy Buchner[12]) i Orthenberger wykazali, że zobojętnienie alkalicznej surowicy krwi nie wpływa na jej własności bakteryobójcze.

Jeśli badania zasadowości krwi dotychczas nie wzbogaciły naukę w głębszą wiedzę co do udziału w mowie będącego czynnika w różnych sprawach w ustroju prawidłowym, to w dziedzinie patologii powołały one do życia teoryę, która tłómaczy powstanie niektórych chorób w ustroju samozatruciem go kwasami (v. Jaksch[13]) Stadelmann[14]), Kraus[15]) i inni). Nad doniosłością tej teoryi nie będę się tu zastanawiać, gdyż omówiłem ją szczegółowo w jednej z poprzednich prac moich[16]). Na tem miejscu zaznaczę tylko, że teorya ta, jak wykazałem w przytoczonej pracy[16]), jest oparta na bardzo kruchych podstawach.

Widzimy więc, że poszukiwania, podjęte w celu wyświetlenia zasadowości krwi w ustroju, spełzły na niczem. Jednocześnie zdawało się, że i kliniczne studya sprowadzały doniosłość tego czynnika do zera. W samej rzeczy z całego szeregu badań (v. Jaksch[17]), Canard[18]), Peiper[19]) Rumpf[20]), Kraus[21]) i v. Limbeck[22]) i t. d. okazało się, że zasadowość krwi jest różną nie tylko w różnych stanach chorobowych, lecz i w jednej i tej samej chorobie u różnych ludzi. Co prawda większość badaczy posiłkowała się metodami bardzo niedokładnemi, jak to uwydatnił Löwy[23]), lecz podobny fakt został wkrótce stwierdzony i przy oznaczaniu zasadowości krwi ścisłą metodą Löwyego. Sam Löwy[24]), spostrzegał podniesienie alkaliczności krwi w cukrzycy (1 przypadek, 4 oznaczenia), miąższowem i śródmiąższowem zapaleniu nerek (po 1 przypadku), posokowatem zapaleniu wsierdzia (1 przyp., 2 oznaczenia), włóknikowem zapaleniu płuc (1 przyp.), połogowem zakażeniu krwi (1 przyp., 2 oznaczenia), dnie (1 przyp.) i niedokrewności (1 przyp., 3 ozn.); w 2 zaś innych przypadkach włóknikowego zapalenia płuc, w błednicy (1), niedokrewności (1) i ostrym gośćcu stawowym (1) alkaliczność krwi okazała się prawidłową. Schultz-Schultzenstein[28]), v. Limbeck i Steindler[25]), Karfunkel[26]), Strauss[27]) i Brandenburg[28]) stwierdzili u chorych gorączkujących, że alkaliczność krwi była to podniesioną, to znowu obniżoną, to wreszcie prawidłową. Wbrew Löwyemu spostrzegał Karfunkel[26]) w 2 przypadkach cukrzycy prawidłowy stopień alkaliczności. Karfunkel[26]), Brandenburg[23]) i Löwy[24]) znajdowali ob-

niżenie jej w niedokrewności, Strauss[27]) zaś nie mógł stwierdzić tego we wszystkich przypadkach. Strauss[27]) znajdował podniesienie jej w dnie, Karfunkel[28]) zaś i Magnus-Levy[29]) (34 przyp.) odwrotnie nie spostrzegali żadnych zmian zasadowości krwi w czasie napadu dny, jako też i w wolnych od niej okresach.

Widzimy więc, że i badania metodą Löwyego przyprowadziły również do wniosku, że zasadowość krwi w jednej i tej samej chorobie może być podniesioną i obniżoną, lub wreszcie prawidłową. W czem się zawiera przyczyna podobnych wahań, dotychczas niewiadomo. Tymczasem fakt taki nie daje się pogodzić z obecnością w ustroju narządów, które mają za zadanie utrzymywać zasadowość krwi na stałej stopie. Wyjaśnienie tych sprzeczności stanowi przedmiot moich badań.

II.

Nim przystąpię do rzeczy, pokrótce muszę się zastanowić nad metodami, służącemi do oznaczenia zasadowości krwi i wyjaśnić, co należy rozumieć przez wyraz „zasadowość krwi", uważam to bowiem za niezbędne dla nadania wyrazistości moim badaniom.

Wszystkie metody oznaczenia zasadowości krwi można podzielić na 3 gromady: 1) oznaczanie zasadowości krwi według ilości zasad w popiele krwi, 2) według ilości bezwodnika kwasu węglowego (CO_2) we krwi (Walter[1]), Meyer[30]), Minkowski[31]), wreszcie według wyniku 3) metody miareczkowej. Pierwsze 2 metody w obecnej chwili słusznie zostały zaniechane nie tylko w klinikach, lecz i w badaniach fizyologicznych. Istotnie cały szereg prac dowiódł, że gazometryczna metoda nie tylko nie oznacza nawet tej części zasad, która jest połączona ze składnikami nieorganicznymi krwi (Swiatecki[32]), Kraus[21]) itd., lecz że na wyniki jej mają wpływ niektóre czynniki, zupełnie od nas niezależne, jak np. zagęszczanie CO^2 w oskrzelikach płucnych (Cohnstein[33]). Metoda popiołowa także prowadzi do mylnych wyników dzięki obecności w popiele krwi kwasu fosforowego, który podczas spalania wyrugowuje inne kwasy lotne z ich połączeń; w ten sposób metoda daje liczby zasadowości wyższe od istotnych (Hladik[34]). Wreszcie doświadczenia Lehmanna[35]) dowiodły, że zasadowość krwi zależy nie tylko od zasad nieorganicznych, lecz przeważnie od przetworów organicznych. Niektóre z tych istot organicznych już same przez się mają odczyn zasadowy; inne zaś, jak wykazali Hamburger[36]), Lehmann[37]), Löwy i Zuntz[38]), są obojętnemi substancyami białkowatemi, bezustannie jednak rozkładającemi się w samym ustroju pod wpływem CO^2 z wytwarzaniem zasad. Ścisła metoda oznaczania zasadowości krwi powinna uwzględniać i tę część zasadowości, którą krew zawdzięcza obecności przetworów organicznych. Temu żądaniu czynią w różnym stopniu zadość metody miareczkowania. Pierwsza z nich była polecona przez Zuntza[39]) jeszcze w r. 1867. Wszystkie te metody mogą być podzielone na 3 gromady: do 1-szej należą te, w których krew najpierw traci swą barwę, czyli pozbawia się krwinek czerwonych, bądź przez przesączanie, bądź przez dyalizowanie, bądź innym sposobem (Kraus[21]), Danilewski[40]) itd.; do 2-giej metody należą miareczkowania normalnej niezmienionej krwi (Landois[41]), v. Jaksch[17]); do 3-ciej wreszcie — metody, w których miareczkuje się krew z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi (Löwy[42]), Schultz-Schultzenstein[43]), Berend[44]), von Limbeck[45]), Engel[16]) i inni). Ze wszystkich tych metod jedynie miareczkowanie krwi z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi daje ścisłe i stałe liczby (Loewy[23]), Berend[44]); reszta zaś metod daje wyniki zmienne, zależnie od ciepłoty i szybkości oznaczenia.

Pozostawiając inne na uboczu, zastanowię się tylko nad metodami Loewyego i Landois-Jakscha, ponieważ temi dwoma metodami posiłkowałem się w swych badaniach.

Metoda Loewyego[23]) polega na tem, że 5 ctm. sz. wpuszczamy wprost z naczynia krwionośnego do 45 ctm. sz. 0,2% obojętnego szczawianu amonowego; w tym rozczynie krwinki czerwone rozpuszczają się; potem 5 ctm. sz. mięszaniny miareczkujemy za pomocą $^1/_{25}$ normalnego rozczynu kwasu winowego do wywołania odczynu obojętnego; ztąd nietrudno wyliczyć zasadowość krwi w mlgr. NaOH na 100 ctm. sz. krwi.

Metoda Landois-Jakscha polega na tem, że przygotowujemy mięszaninę z jednakowej objętości krwi i miareczkowanych rozczynów kwasu winowego różnego stężenia; te zaś rozczyny miareczkowane przedstawiają mieszaniny nasyconego rozczynu siarkanu sodowego z $^1/_{10}$ normalnym rozczynem kwasu winowego, przygotowanym najlepiej nie na wodzie, jak radzą Landois i v. Jaksch, lecz na nasyconym rozczynie siarkanu sodowego, według wskazówki Szczerbakowa[47]). Mając szereg takich mięszanin krwi z miareczkowanymi rozczynami kwasu, oznaczamy, w której próbówce odczyn mięszaniny jest obojętny i odpowiednio do tego obliczamy zasadowość, wyrażając ją w mlgr. NaOH na 100 ctm. sz. krwi.

Przechodzę teraz do doświadczeń własnych.

III.

Rozglądając się w obszernem piśmiennictwie, tyczącem się zasadowości krwi, nie mogłem przeoczyć, że obniżenie jej zostało stwierdzone przez badaczy przeważnie w tych stanach chorobowych, w których, jak wykazują nowsze badania (v. Limbeck[45]), Janowski[48]), Niedrygajłow[49]), Paszyn[50]), Baumholz[51]), Viola[48]), Troicki[52]) i wielu innych), odporność krwi względem rozczynów solnych jest większą. Mówiąc o odporności, mam na myśli nie odporność przeciwko różnym zakażeniom (*Immunität*), lecz własność krwi przeciwdziałania rozpuszczającemu krwinki wpływowi rozczynów solnych (*Resistenz gegen Salzlösungen)*, przeważnie chlorku sodowego. Ten rodzaj odporności mierzymy stopniem zagęszczenia rozczynu chlorku sodowego, w którym zaczynają się rozpuszczać krwinki czerwone. Im w słabszym rozczynie następuje podobne działanie, tem odporność krwi jest większa. Stopień odporności krwi jest różny nietylko w różnych chorobach, lecz nawet i u różnych osobników zdrowych. Wobec tego biorąc na uwagę, że część zasad krwi zawiera się w krwinkach czerwonych (Loewy[23]), należało przypuszczać, że niedokładność różnych metod oznaczania zasadowości krwi, oprócz metody Loewyego, jest ściśle związana z odpornością krwinek czerwonych, mianowicie że ta część zasadowości krwi, którą oznaczamy natychmiast po wzięciu próby krwi, naprz. najwięcej rozpowszechnioną metodą Landois-Jakscha, jest różna nawet u zdrowych osobników, zależnie od odporności ich krwi; im ta ostatnia jest

wyższa, tem mniejsza jest ta część zasadowości, która zależy od rozkładu krwinek czerwonych i odwrotnie. Liczba krwinek czerwonych, rzecz prosta, musi także mieć wielkie znaczenie: im bowiem krew jest obfitszą w krwinki czerwone, tem ta część zasadowości, która zależy od ich rozkładu, jest większa. Wychodząc z tych rozumowań teoretycznych, należałoby przypuszczać, że ta część ogólnej zasadowości krwi, która zależy od rozkładu krwinek czerwonych w 2 porcyach krwi, wziętej z 2 osób, będąc obliczoną na jednakową zawartość krwinek czerwonych w obydwóch porcyach, wykaże tensam stosunek wzajemny, jaki istnieje pomiędzy odpornością obydwóch porcyi krwi. Wszystkie te doświadczenia przeprowadziłem na psach z krwią odwłóknioną, która, jak wykazały wstępne doświadczenia, ma taką samą zasadowość, co i krew nie pozbawiona włóknika. Odporność krwi oznaczałem metodą Hamburgera[53]) w sposób następujący: do 16 próbówek nalewałem po 10 ctm. sz. roztworu chlorku sodowego różnego zagęszczenia, zaczynając od 0,3% i kończąc na 0,6%, w każdej następnej próbówce roztwór jest o 0,02% mocniejszy od poprzedniego; potem do każdej próbówki dodaje się 1 ctm. sz. krwi odwłóknionej; wszystkie próbówki wstrząsałem i zostawiałem na 24 godziny w ciepłocie pracowni 17,5—20° C; po upływie tego czasu przeglądałem próbówki i oznaczałem, w której górna warstwa cieczy jest zabarwiona najsłabiej. Jeśli w próbówce z 0,5% NaCl górna warstwa jest niezabarwiona, a w próbówce z 0,48% znajdowałem lekkie jej zabarwienie, to odporność krwi stanowi 0,49% NaCl.

Doświadczenia więc przeprowadzałem w ten sposób, że najpierw oznaczałem liczbę krwinek czerwonych w 1 mlm.³ krwi psa, potem oznaczałem zasadowość surowicy przy samoistnem krzepnięciu krwi i wreszcie odporność i alkaliczność odwłóknionej krwi; tę ostatnią metodami Löwyego i Landois-Jakscha.

Przytoczę kilka doświadczeń.

Doświadczenie I.

5/1 1901 r. Pies ważący 14. kilogr. Liczba krwinek czerwonych w 1 mlm.³ krwi wynosi 5.342,000. Odporność ich = 0,49% NaCl. Zasadowość krwi według sposobu Löwyego 336 mlgr. NaCl w 100 ctm. sz. Zasadowość surowicy, otrzymanej przy samoistnem krzepnięciu krwi, 160 mlgr., więc 47,6% ogólnej zasadowości. W krwinkach więc czerwonych zawiera się 172 mlgr. alkaliów (52,4%).

Oznaczenie alkaliczności krwi sposobem Landois-Jakscha dało (+ 17,5—20° C.) następujące wyniki:

1) po 10 min.	198 mlgr.,	zatem od rozkł. krwinek czerw. zależało	38 mlgr.	
2) » 15 »	240 »	» » » » » »	80	»
3) » 30 »	297,5 »	» » » » „ „	137,5	»
4) » 60 »	302 »	» » » » » »	142	»
5) » 6 godz.	334 »	» » » » » »	174	»

Doświadczenie II. 8/1 1901. Pies ważący 3200 grm. Liczba krwinek czerwonych w 1 mlm.³ krwi 5 210;000, zatem 1,025 razy mniej, niż w dośw. I. Odporność ich = 0,57% NaCl, zatem 1,16 razy mniejsza niż w dośw. I. Zasadowość krwi według metody Löwyego 369,2 mlgr. NaOH (%) Zasadowość surowicy 203 mlgr. (55%); zatem w krwinkach czerwonych zawiera się 166,2 mlgr. (45%).

Oznaczenie alkaliczności krwi metodą Landois-Jakscha dało:

1) po 10′	245 mlgr.,	zatem od rozkł. krwinek czerw. zależało	42 mlgr.	
2) » 15′	294	» » » » » »	91	»
3) » 30′	361	» » « » » »	158	»
4) » 60′	263	» » » « » »	160	»
5) » 6 g.	364,5	» » » » » »	161,5	»
6) » 24 g.	368,9	» » » » » »	165,9	»

Doświadczenie III. 16/2 1901. Pies ważący 10 klgr. Liczba czerwonych krwinek w 1 mlm.³ krwi 6.025,000, zatem 1,13 razy więcej, niż w dośw. I. i 1,16 razy więcej, niż w dośw. II. Odporność ich = 0,53% NaCl, zatem 1,08 razy mniejsza, niż w dośw. I. i 1,076 razy większa, niż w dośw. II. Zasadowość krwi według sposobu Löwyego 350 mlgr., surowicy 165 mlgr. (56.14%), zatem w krwinkach czerwonych zawiera się 185 mlgr. (52.86%).

Oznaczenie alkaliczności krwi metodą Landois-Jakscha dało:

1) po upł. 10′	212 mlgr.,	zatem od rozkł. krwinek czerw. zal.	47 mlgr.	
2) » » 15′	263	» » » » „ »	98	»
3) » » 30′	331	» » » « « »	166	»
4) » » 60′	338	» « » » » »	173	»
5) » » 24 g.	348	» » » » » »	183	»

Doświadczenie IV. 19/2 1901. Pies ważący 5600 grm. Liczba czerwonych krwinek w 1 mlm.³ 4.824.000, zatem 1,107 razy mniej, niż w dośw. I. 1,09 razy mniej, niż w dośw. II, a 1,25 razy mniej, niż w doświadczeniu III. Odporność ich = 0,44% NaCl, zatem 1,114 razy większa, niż w dośw. I, 1,3 razy większa, niż w dośw. II i 1,2 razy większa, niż w dośw. III. Zasadowość krwi według sposobu Löwyego 310 mlgr., surowicy 160 (52,9%); w krwinkach czerwonych zawierało się 150 mlgr. (48.1%).

Oznaczenie alkaliczności krwi metodą Landois-Jakscha dało następujące wyniki:

1) po upł. 10′	191 mlgr.,	zatem od rozkł. krwinek czerw. zal.	31 mlgr	
2) » » 15′	226	» » » » » »	66	«
3) « « 30′	270	« « « » « «	110	«
4) « « 60′	275	« « « « « «	115	«

Jeśli teraz obliczymy, jaka część ogólnej zasadowości krwi zależałaby od rozkładających się krwinek czerwonych przy jednakowej ich zawartości w 2 porównywanych doświadczeniach, to łatwo przekonamy się, że stosunek między otrzymanemi gromadami jest taki sam, jaki istnieje między odpornością obydwóch porcyj krwi. W samej rzeczy, ten stosunek w dośw. I. i II. wynosi: 1) po 10 min. 1,13 $\left(\frac{42.1,025}{38}\right)$ 2) po 15′ 1,166; 3) po 30′ 1,18: 4) po 60′ 1,15; po 6 godz. 0,95; przy odporności krwi metodą Hamburgera tenże stosunek wynosi 1,16.

W doświadczeniu III. i I. ten stosunek przedstawia się tak: 1) po 10′1,095 $\left(=\frac{47}{1,13.\ 38}\right)$, 2) po 15′ 1,084, 3) po 30′ 1,068, 4) 60′ 1,077; stosunek pomiędzy odpornością obydwóch porcyi krwi według metody Hamburgera 1,08.

W doświadczeniu II i III. ten stosunek przedstawia się tak: 1) po 10′ 1,04 $\left(=\frac{42.\ 1,16}{47}\right)$, 2) po 15′ 1,078, 3) po 30′ 1,105. 4) 60′ 1,07, 5) po 24 godz. 1,05; te same liczby otrzymujemy i przy oznaczaniu odporności sposobem Hamburgera (1,076).

W doświadczeniu I. i IV.: 1) po 10′ 1,118 $\left(=\frac{38}{1,107.\ 31}\right)$, 2) po 15′ 1,096, 3) po 30′ 1,127, 4) po 60′ 1,118; przy oznaczaniu odporności metodą Hamburgera tenże stosunek wyraża się liczbą 1,114.

W doświadczeniu II. i IV.: po 10′ 1,27 $\left(=\frac{42}{1,08.\ 31}\right)$, 2) po 15′ 1,128, 3) po 30′ 1,32. 4) po 60′ 1,29; przy oznaczaniu odporności metodą Hamburgera tenże stosunek wynosi 1,3.

W doświadczeniu III. i IV.: 1) po 10′ 1,213 $\left(=\frac{47}{1,25.\ 31}\right)$, 2) po 15′ 1,188, 3) po 30′ 1,2, 4) po 60′ 1,2; przy oznaczaniu odporności krwi metodą Hamburgera tenże stosunek wynosi 1,2.

Doświadczenia te wykazują w sposób dobitny, że na stopień zasadowości krwi przy oznaczaniu jej metodą Landois-Jakscha wywiera znaczny wpływ liczba krwinek czerwonych i ich odporność. To samo stosuje się i do wszystkich innych metod, w których krew pozbawia się krwinek czerwonych przed miareczkowaniem; wydalanie bowiem krwinek z krwi ludzkiej już samo przez się jest niemożliwe bez jednoczesnego więcej lub mniej znacznego zniszczenia ich. Ta okoliczność zmusza wprost do zaniechania tych metod, nawet dla badań porównawczych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Rydygiera. we Lwowie.**

O leczeniu chirurgicznem choroby Glénarda.

Podał

Dr. F. Slęk.

(Według wykładu na XI. Zjeździe chirurgów polskich).

Z końcem zeszłego stulecia wystąpił Glénard z nową teoryą, dotyczącą tak zwanej niestrawności (dyspepsyi) nerwowej. Wykazał on, że tłem anatomicznem tego cierpienia jest opadnięcie trzew (enteroptosis), leżących w jamie brzusznej.

Odtąd cierpienie to jest znane pod ogólną nazwą choroby Glénarda. Zanim choroba ta wyrobiła sobie prawo obywatelstwa w dziedzinie nauk lekarskich, napotkała początkowo na przyjęcie bardzo chłodne i niedowierzanie ze strony ogółu lekarzy, tak francuskich, jakoteż i niemieckich.

U nas, w Polsce, została ona opisana po raz pierwszy w kilka lat później przez Chłapowskiego, następnie przez Jaworskiego w *Podręczniku chorób żołądka*, (rok 1893 i 1895), a nakoniec szczegółowo opracowana w *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* w roku 1895 przez Zielińskiego pod tytułem: „O chorobie Glénarda“. Zanim przystąpię do opisu metod leczenia tej choroby, pragnę poświęcić kilka słów przyczynom jej powstawania, jakoteż podać główne punkta, tyczące się objawów i zestawić cechy rozpoznawcze, odróżniające to cierpienie od innych chorób przewodu pokarmowego, jak trwała rozstrzeń, wrzód okrągły, nowotwory złośliwe i t. p.

Przez opadnięcie trzew (*enteroptosis*) rozumiemy obniżenie się ich w jamie brzusznej w ogólności, głównie zaś żołądka, pociągniętego ku dołowi przez opadniętą poprzecznicę; równocześnie i dwunastnica obniża się, lub też zostaje rozciągniętą w postaci pochwy. Część odźwiernikowa żołądka zwykle pozostaje na swojem miejscu i bywa albo ostro zagiętą, albo zakończa żołądek łukowato, jakoby dziób syfonu (Zieliński). Ramię wstępujące, jakoteż zstępujące jelita grubego pozostaje zazwyczaj na swojem miejscu; natomiast poprzecznica, obsunąwszy się czasami aż do miednicy małej, powoduje, że jelito grube w całości wzięte tworzy literę M. Z innych narządów, leżących w jamie brzusznej, opadają: wątroba, nerka prawa, rzadziej obie, a stosunkowo najrzadziej ze wszystkich narządów, śledziona. W przypadkach daleko posuniętych spostrzegamy opadnięcie macicy, pochwy, pęcherza moczowego i kiszki stolcowej, jak świadczą o tem przypadki, spostrzegane przez Zielińskiego i nasz.

Cierpieniu temu zarówno podlegają mężczyźni, jak i kobiety. Na 150 przypadków, spostrzeganych przez Zielińskiego, 79 było mężczyzn, 71 kobiet. Przewagę mężczyzn uważa Zieliński za rzecz przypadkową, spowodowaną mniejszą frekwencyą kobiet w szpitalach w ogólności. Przeciwnie przeważna część autorów (Stiller: *Berl. kl. W.* 1896, Nr. 50) utrzymuje, że kobiety częściej zapadają (10 do 15%) na opadnięcie trzew, niż mężczyźni. Przy zestawieniach statystycznych stwierdzono równocześnie, iż rasa żydowska (Stiller) częściej temu cierpieniu podpada, co się tłómaczy tem, że Żydzi na ogół skłonniejsi są i do innych cierpień, polegających na tle nerwowem.

Za przyczynę opadnięcia jelit uważa Stiller w pierwszej linii (*Berl. kl. W.* 1899, Nr. 34, 35, 36) usposobienie wrodzone. Objawem tego usposobienia jest osłabienie ośrodkowego układu nerwowego, objawiające się wiotką i nikłą budową *(habitus atonicus)*, patognomostyczną zaś jest ruchomość dziesiątego żebra *(costa decima fluctuans)*. Ruchomość ta polega na tej podstawie, że chrząstka dziesiątego żebra nie jest przyrośniętą do łuku żebrowego, lecz wolną, tak jak u jedenastego żebra. Stiller nawet twierdzi, że od stopnia tej ruchomości zależnym jest i stopień „dyspeptycznej“ neurastenii, a równocześnie towarzyszącego jej obniżenia trzew. Ruchomość dziesiątego żebra, a czasami i dziewiątego, uważa Stiller za jeden z czynników rozpoznawczych choroby Glénarda *(stigma costale)*. To ruchome żebro znachodzimy zwykle tylko po jednej stronie, rzadziej po obydwóch. W ostatnim przypadku ruchomość po jednej stronie zawsze jest wybitniejszą, aniżeli po drugiej. Jeśli „stigma costale“ znajdziemy u dziecka, to zdaniem Stillera u dziecka tego rozwinie się w przyszłości choroba Glénarda. U osobników z wrodzonem usposobieniem wystarczą już takie czynniki, jak: podnoszenie ciężarów, noszenie sznurówek, które przez ucisk spowodować mogą nadto zanik mięśni brzucha (Blecher: *Beitr. z. chirurg. Behandl. d. Enteroptosd. Deutsche Zeitsch. f. Ch.* B. 56, 1900), aby u nich w całej pełni wybuchła choroba Glénarda. Prócz tego Landau (*Berl. kl. W.* 1890) i inni przypisują winę częstym porodom, brzuchowi obwisłemu, czemu znów Ewald (*Berl. kl. W.* 1890) stara się zaprzeczyć, podnosząc iż u 13% chorych, cierpiących na opadnięcie trzew, nie znalazł brzucha obwisłego *(Hängebauch)*. Również do czynników wywołujących należy zaliczyć zrosty, powstałe po przebytych zapaleniach otrzewnej, jak świadczy przypadek chorej, operowanej przez Trevesa (*Centrbl. f. Chir.* 1896, Nr. 15), u której skutkiem owrzodzeń gruźliczych wytworzone zrosty doprowadziły do opadnięcia trzew.

Ludzie, dotknięci chorobą Glénarda, uskarżają się zwykle, iż w 2—3 godzin po jedzeniu doznają wzdęcia, odbijania, bólów ciągnących w dołku podsercowym, które znikają po ułożeniu się chorego do łóżka, lub też po silnem uciśnięciu pięścią okolicy dołka. Występują również zawroty głowy, bladość, ogólne osłabienie, nudności i zwykle zaparcie stolca. Prócz tego cierpią tacy chorzy na brak snu i częste budzenie się w nocy. Chorzy tacy wstrzymują się od przyjmowania pokarmów, mimo iż doznają uczucia głodu, gdyż obawiają się wyżej opisanych bólów, które zwykle po spożyciu występują. Źle odżywiani, z każdym dniem coraz więcej żółkną, stają się niespokojni i niezdolni do pracy, upadają coraz bardziej na siłach. Następuje okres chery, którą słusznie Rowsing nazwał *Gastroptose - Kachexie* (*Ueber Gastroptose und ihre operative Behandlung. Archiv. f. kl. Chir.* 1899, B. 60, Heft 3). Że chera może być znacznego stopnia, świadczą o tem najwymowniej chore, leczone w naszej klinice, u których na pierwszy rzut oka, można było myśleć o cherze, towarzyszącej nowotworowi złośliwemu temwięcej, że przy badaniu wyczuwało się w jamie brzusznej guz, umiejscowiony poniżej łuku żebrowego prawego, wielkości dwóch pięści, o którym nawet tuż przed operacyą, gdy chore były uśpione, a więc nie było już i napięcia powłok brzusznych, nie można było stanowczo orzec, zkąd wychodzi. Dopiero po otwarciu jamy brzusznej oka-

zało się, iż jest to obniżony płat wątroby, który do złudzenia naśladował nowotwór, wychodzący z nerki prawej, o czem Franke (*Centrbl. f. Ch.* 1896, Nr. 32), Billroth (*Hacker. Wien. med. Woch.* 14, 15. 1886). Langenbuch (*Berl. kl. Woch.* 1891, Nr. 3) i inni również wspominają. Łatwo zatem o pomyłkę. N. p. Franke i Michel opisują przypadki, w których, wyczuwając ruchomy guz w prawem podżebrzu, brali go za powiększoną nerkę. Dopiero po odsłonięciu nerki stwierdzili omyłkę. Objawem niemniej ciekawym jest, szczególnie przy opadnięciu wątroby, tak zwana „tussis hepatica", który znanym był i starożytnym autorom, nawet Hippokratesowi. Po uniesieniu wątroby bandażem, lub po ułożeniu się chorego do łóżka kaszel uporczywy znikał. Kaszel ten przypisywano na karb histeryi (Véne ref. *Lancet* 1898. Nr. 26). Obok tego widziano czasami żółtaczkę. Do stałych również objawów choroby Glénarda należy uporczywe zaparcie stolca i neurastenia. Do objawów cechujących chorobę Glénarda, jak już wspomniałem, należy, jako czynnik rozstrzygający w rozpoznaniu, występowanie bólów ciągnących, napinających nietylko na czas, ale i na umiejscowienie, które Rowsing podaje jako punkt ważny w rozpoznawaniu opadnięcia żołądka i w odróżnieniu od wrzodu okrągłego żołądka mesogastrium i hypogastrium, połączone z uczuciem pełności. Bóle, jak już wspomniałem wyżej, występują w 2—3 godzin po jedzeniu; rano, naczczo, nigdy ich niema. Na natężenie ich wpływa nie jakość pokarmów, lecz ilość, w przeciwieństwie do bólów, występujących przy wrzodzie okrągłym żołądka, gdzie jakość pokarmów ma niezaprzeczony wpływ. W małych ilościach wszelkie pokarmy bywają znoszone, w większych nawet obojętne szkodzą. Powstawanie ich tłómaczymy sobie naciąganiem się włókien nerwowych, należących do splotu trzewnego, przebiegających w sieci małej. Nagłe zaś ustanie bólów występuje z chwilą przejścia pokarmów przez zagięcie przejścia żołądka do dwunastnicy, przyczem chorzy doznają uczucia, jakby im pokarmy przeszły przez jakąś zaporę.

Towarzyszące nudności powstają na drodze odruchowej lub mechanicznej wskutek naciągania się włókienek nerwu błędnego.

Występowanie żółtaczki, zdarzającej się czasami, odnosimy do naciągania się przewodów: pęcherzykowego i żółciowego wspólnego i skutkiem utrudnionego odpływu krwi. Za takiem tłómaczeniem przemawiają dwa przypadki, opisane przez Popperta, w których po przyszyciu wątroby żółtaczka trwale ustąpiła.

Bóle w okolicy żołądka tłomaczyć możemy upośledzoną czynnością mechaniczną obniżonego żołądka. Co do chemizmu żoładka nie posiadamy pewnych i niezaprzeczonych oznaczeń. Podczas gdy badania Jaworskiego, Glużińskiego i Renckiego wykazały, że w chorobie Glénarda wydzielanie soku żołądkowego żadnym nie ulega zmianom, lub co najwyżej wykazano mierną niedomogę wydzielniczą, to Stiller w niektórych swych przypadkach stwierdzał nietylko nadmierną wydzielinę soku żołądkowego, ale nawet wzmożoną kwasotę. Jeden i drugi objaw zawdzięcza swe istnienie wpływom nerwowym.

Leczenie choroby Glénarda, do niedawna wyłącznie lekarstwiane, w ostatnich czasach zaczęło się stawać, oczywiście w pewnych tylko przypadkach, chirurgicznem. Na wstępie słów kilka o pierwszem. Przedewszystkiem chorym, dotkniętym opadnięciem trzew, należy zalecić spokój, leżenie w łóżku, szczególnie zaś niedokrewnym, wyniszczonym, przynajmniej przez kilka tygodni (Ortner, Vorl. u. sp. Th. d. inner. Kr.). Następowo zaś poziome ułożenie chorego po każdem jedzeniu przynajmniej przez godzinę. Dyetę należy uregulować tak, aby chorego nietylko wzmacniać na siłach, ale także uzyskać nagromadzenie się w sieci tłuszczu w takiej ilości, by ta opadnięty żołądek podtrzymywała. A więc prócz mięsa białego, beefsztyku, ryb, zaleca się mleko, jaja, masło, legominy, kompoty, starając się równocześnie o stolec regularny zapomocą lewatyw, lub też środków przeczyszczających, bądź roślinnych, bądź też mineralnych. Prócz tego należy zalecić chorym noszenie opasek gumowych, lub też flanelowych na brzuchu, któreby unosiły ku górze opadnięte trzewa. Nadto należy stosować mięsienie brzucha, przy odpowiedniej hidro- i elektroterapii. Chorych zamożniejszych wysyłamy do kąpiel solankowych, Wiesbadenu, Kissingen, lub też do miejsc nadmorskich, lub górskich, by tym sposobem ożywić przemianę materyi, a tem samem wpłynąć na ogólne odżywienie.

Z podobnymi do opisanych objawami zgłosiły się do nas chore, których historye chorób w krótkości przytaczam, by módz potem opisać wykonane operacye, a następnie omówić wskazania, jakimi się kierujemy, zanim przystąpimy do leczenia operacyjnego choroby Glénarda.

I. Antonina L. 41 l., zamężna. W dzieciństwie nie przechodziła żadnych chorób podaje tylko, iż była zawsze wątłej budowy. Rodziła 8 razy prawidłowo, ostatni raz przed 7 laty. Od kilku lat cierpi na bóle w dołku, występujące w kilka godzin po jedzeniu, rano doświadcza uczucia głodu, mimo tego wstrzymuje się od przyjmowania pokarmów z powodu bólów, występujących po jedzeniu. Prócz tego cierpi stale na zaparcie stolca.

Stan obecny. Kobieta wzrostu średniego, bardzo licho odżywiona i zbudowana, o wejrzeniu schorzałem. Płuca, serce bez zmian. Brzuch w górnej okolicy płaski, lekko zapadły, w dole nieco wysklepiony, przy ucisku poniżej wyrostka mieczykowatego bolesny. Żołądek po nadmuchaniu sięga: górna granica na 2 palce poniżej pępka, dolna na 3 powyżej spojenia łonowego. Wątroba, badana wypukiem, znajduje się na trzy palce poniżej łuku żebrowego. Przy głębszem obmacaniu brzucha daje się wyczuć guz wielkości 2 pięści po stronie prawej, odpowiadający obniżonej i powiększonej nerce prawej, o powierzchni gładkiej, dający się przesuwać ku górze. Przy oddechaniu guz ten nie porusza się. Badanie przez pochwę: opadnięcie częściowe pochwy, tyłozgięcie macicy; badanie przez jelito odchodowe nic nie wykazuje.

Badanie chemizmu żołądka: na czczo 50 grm. płynu, płyn jasny, opalizujący, oddziaływania obojętnego. Po obiedzie próbnym w 4 godziny, 100 grm. płynu aspirowanego, treść barwy ceglastej, opalizująca, oddziaływania kwaśnego, stopień kwasoty 50. Badanie drobnowidowe wykazuje: skrobia, tłuszcz, włókna mięsne. Mocz i stolec prawidłowe.

II. Chora Marya G. 50 l., zamężna. W dzieciństwie nie chorowała. W 32 r. przebyła dur brzuszny. W 40 roku zimnicę. W 6 lat później zapalenie płuc. Równocześnie cierpiała na jakaś nieokreśloną chorobę żołądkową, która ją zmuszała do ustawicznego leżenia w łóżku. Rodziła 8 razy prawidłowo. Rok 35 życia był zwrotnym w czynnościach płciowych. Obecna choroba rozpoczęła się na nowo przed kilkoma miesiącami bólami w dołku, odbijaniem, nudnościami, zaparciem stolca, to znowu biegunką. Mocz oddawała bardzo często, teraz z trudnością. Prócz tego uskarża się chora na ciśnienie w głowie i zdaje się jej, że w krótkim czasie dostanie pomięszania zmysłów.

Stan obecny. Kobieta wzrostu średniego, słabo zbudowana i odżywiona, o barwie skóry ziemistej. W płucach nieżyt oskrzeli, tony serca czyste. Kręgosłup okazuje w części piersiowej pochylenie boczne. Jedenaste żebro po stronie prawej nieco ruchome. Brzuch płaski skóra

sucha, pomarszczona, pokryta bliznami poporodowemi. Po nadmuchaniu żołądka górna granica sięga na palec poniżej pępka, dolna na 3 palce powyżej spojenia łonowego. Wątroba znajduje się 2 palce poniżej łuku żebrowego, macalna. Śledziona niepowiększona, niemacalna. Przy obmacaniu brzucha stwierdza się, że nerka prawa nieco powiększona. Prawa okolica lędźwiowa jakby pełniejsza w stosunku do lewej. Badanie przez pochwę wykazuje macicę zanikową i jej przodozgięcie; przez jelito odchodowe nic nieprawidłowego wykazać nie można.

Badanie treści żołądkowej tak na czczo, jak i po obiedzie próbnym: nieznaczna ilość treści zalegającej, oddziaływanie obojętne. W moczu nieznaczna ilość białka. (Dokończenie nastąpi).

III. Leczenie chorób serca w Francensbadzie.

Podał

Dr. Leopold Józef Steinsberg

Lekarz zdrojowy w Francensbadzie.

Usiłowania dokładniejszego wyzyskania zasobów leczniczych w Francensbadzie spowodowały, iż w latach ostatnich zakres wskazań do leczenia zdrojowo - kąpielowego w tem zdrojowisku znacznie się rozszerzył.

Przez długie lata kładziono główny nacisk w opisach Francensbadu na lecznicze własności borowiny francensbadzkiej tak, że z biegiem lat stal się Francensbad stacyą rzekłbym ginekologiczną *par excellence*. Jeśli się nie da zaprzeczyć, że ta właśnie okoliczność stworzyła temu zdrojowisku niezaprzeczoną sławę światową, to z innej strony zaniechano dokładniejszych badań i spostrzeżeń nad działaniem drugiej, niemniej ważnej grupy francensbadzkich środków leczniczych, t. j. wód mineralnych, a mianowicie używania ich w postaci kąpieli w różnych sprawach chorobowych.

Dopiero ostatnie trzechlecie przyniosło w tym kierunku znaczną poprawę. Wzięto się ochoczo do pracy, a wynikiem jej jest nowe wskazanie, przez nas podniesione, a jest niem leczenie chorób serca. Jak i o ileśmy temu podołali, chcę teraz omówić, a to tembardziej, iż nie istnieje dotychczas zwięzły opis sposobu i wyników tego leczenia w Francensbadzie.

Wiadomo, iż główną rolę w leczeniu chorych na cierpienia sercowe w Nauheimie odgrywają kąpiele, zawierające kwas węglowy i rozpuszczone sole (chlorki). Tym wynikom podniecającym zawdzięcza się w pierwszym rzędzie dodatni wpływ na ustrój, a pośrednio i na czynność chorego serca.

Okoliczność, iż czynniki te znajdują się i w francensbadzkich źródłach mineralnych, a co do kwasu węglowego, tego najpotężniejszego bodźca, nawet w nieco większej niż w Nauheimie ilości (do 1576 ctm.^{3} na 1000 grm. wody), naprowadziła i nas na myśl zastosowania takich kąpieli u chorych sercowych, tembardziej, iż już od lat wielu istniały sporadyczne spostrzeżenia co do świetnego wpływu „kąpieli stalowych" na czynność serca.

Już z góry musieliśmy jednak do pewnego stopnia zmodyfikować w tym celu przyrządzanie kąpieli, względnie nawet stworzyć cały szereg tych specyficznie na serce i krążenie działających kąpieli, stopniując je co do zawartości kw. węglowego i soli rozpuszczonych, w miarę indywidualnych potrzeb chorego. Soli jest w źródłach francensbadzkich do 6‰ *), ilość niewystarczająca, jeśli chodzi o silniejsze zadziałanie tego bodźca chemicznego na ustrój, względnie jeśli chcemy — a idzie tu o chlorek sodu — ilość kwasu węglowego jeszcze więcej obniżyć w kąpieli. To też w miarę potrzeby dodajemy do kąpieli jeszcze solankę (z Hall), co zresztą i w Nauheimie praktykuje się.

S p o s ó b o g r z e w a n i a tych kąpieli musiał uledz pewnej zmianie. Przez zastosowanie bardzo dowcipnie zrobionych przyrządów, do których woda mineralna wprost ze źródeł napływa i w których ona przez przeprowadzanie pary wodnej w myśl ogrzewania metodą Pfriemego, względnie metodą Schwarza, już tam więcej lub mniej kwasu węglowego utraca; otrzymujemy w wannie już z góry ściśle oznaczony rodzaj kąpieli. Tylko mięszanie z ewentualnie dodać się mającą solanką odbywa się w wannie samej.

To przygotowanie kąpieli poza obrębem wanny jest bardzo ważne, gdyż woda źródlana aż do chwili, w której jako gotowa kąpiel do wanny napływa, nigdzie z powietrzem się nie styka; z drugiej zaś strony, daje ten sposób rękojmię, że każdorazowa kąpiel tego samego typu jednako wypadnie, gdyż cały proceder odbywa się automatycznie w wspomnianym przyrządzie. Ten sposób ogrzewania został przyjęty dla wszystkich niżej omówionych rodzajów kąpieli. Przytoczyć jednak muszę, iż dla rozcieńczenia pierwotnej wody mineralnej używa się wody studziennej. W miarę więc większego lub mniejszego jej dodatku otrzymujemy cały szereg kąpieli tej grupy, od najsłabszych do silniejszych. W dalszych rodzajach kąpieli, gdzie już więcej zwyklej wody nie dodajemy, „siła" kąpieli, t. j. jej czynnik leczniczy zależy już tylko od sposobu operowania (Pfrieme-Schwarz), względnie od dodatku solanki, nareszcie od sposobu zastosowania (kąpiel stojąca, kąpiel płynąca, wirowa, (*Strombad, Wellenstrombad*).

Na koniec chcę zaznaczyć, iż dla analogii z kąpielami nauheimskiemi, nazwaliśmy kąpiele: k ą p i e l a m i „t e r m a l n e m i" (*Thermalbäder*, względnie *Thermalsoolbäder*).

Po tych wstępnych uwagach łatwo będzie zrozumieć wyrazownictwo, oraz korzyść z wprowadzenia kąpieli francensbadzkich do terapii chorób sercowych.

Względnie najsłabsza kąpiel jest:

1. K ą p i e l s o l a n k o w a, sporządzona z wody studziennej z dodatkiem 3%, a więc 30 litrów solanki.

Dalej następują:

2. K ą p i e l t e r m a l n a III. z s o l a n k ą III.
3. K ą p i e l t e r m a l n a III. z s o l a n k ą II.
4. K ą p i e l t e r m a l n a III. z s o l a n k ą I.

Kąpiel termalna III., także Nr. III., oznacza kąpiel zawierającą po połowie wodę mineralną i wodę studzienną. Solanka III. (Nr. III) oznacza dodatek 30 litrów solanki do kąpieli; solanka II. 20 litrów, solanka I. 10 litrów.

Analogicznie do tego:

5. K ą p i e l t e r m a l n a II. z s o l a n k ą III.
6. K ą p i e l t e r m a l n a II. z s o l a n k ą II.
7. K ą p i e l t e r m a l n a II. z s o l a n k ą I.

Kąpiel termalna II. zawiera $^2/_3$ wody mineralnej i $^1/_3$ wody studziennej.

Dalej następują:

8. K ą p i e l t e r m a l n a I. z s o l a n k ą III.
9. K ą p i e l t e r m a l n a I. z s o l a n k ą II.
10. K ą p i e l t e r m a l n a I. z s o l a n k ą I.

---

[1]) Najgłówniejszymi składnikami wód francensbadzkich są prócz kw. węglowego następujące sole: siarkan i chlorek sodowy, węglany sodowy, litowy, magnowy, wapniowy, żelazawy i manganazowy.

W kąpieli termalnej Nr I. mieszczą się $^3/_1$ wody mineralnej i $^1/_4$ wody studziennej.

W dalszym rzędzie następują kąpiele, sporządzane tylko z wody mineralnej, a więc:

11. Kąpiel termalna A, odpowiada mniej więcej „kąpieli mineralnej“, sporządzonej przez ogrzewanie, podobne do metody Pfriemego (bezpośrednie wprowadzenie pary wodnej do kąpieli), a więc jeszcze bardzo znaczna utrata kwasu węglowego. I tu dodajemy w miarę potrzeby solankę III, II lub I. (30, 20, 10 litrów).

12. Kąpiel termalna B. z solanką III, II, I, lub bez solanki, odpowiada ze względu na zawartość kwasu węglowego, „kąpieli stalowej“ (metoda ogrzewania w myśl Schwarza przez przeprowadzenie pary wodnej pod dnem wanny).

Chcąc działanie tych ostatnich kąpieli spotęgować, zaprowadzono:

13. Kąpiel wirową A. i

14. Kąpiel wirową B.

Oba te rodzaje kąpieli są tylko ciągle płynącemi kąpielami termalnemi, A, względnie B. Przez cały czas trwania kąpieli woda mineralna dopływa silnym prądem i odpływa z wanny z drugiej strony.

Pewną modyfikacyę stanowi:

15. Kąpiel wirowa falowa. W tej kąpieli woda ciągle odpływa tą samą stroną, z której do wanny wpłynęła tak, że kąpiący się znajduje się w ciągłym wirze wodnym.

Wymienione kąpiele stosujemy o ciepłocie 27°—26°R. W miarę mniejszego ogrzewania zawartość kwasu węglowego w kąpieli jest większa tak, że i tym sposobem otrzymać można słabiej lub silniej działającą kąpiel jednej grupy.

Z tego wszystkiego wynika, że przyrządzanie i stopniowanie tych kąpieli odbywa się z minutową matematyczną ścisłością tak, że każdorazowo sporządzana kąpiel zawsze wypadnie jednako. Charakterystycznem jest to, iż przy pewnej wprawie już na oko rozróżnić można rozmaite typy tych kąpieli: gdy jedne musują silniej lub słabiej, to w innych ledwie ukazują się małe perełki kwasu węglowego.

Dotychczas wyniki leczenia chorób serca temi kąpielami uprawniają nas do zaznaczenia, że w oddziaływaniu na serce i narząd krążenia równe są one całkowicie kąpielom nauheimskim. Równie jak tamte stopniować je można (co do CO_2) od najsłabszych do najsilniejszych,— okoliczność bardzo ważna w leczeniu różnych postaci chorób serca.

Korzystny wpływ kąpieli termalnych francensbadzkich upatrujemy (tak samo jak w Nauheimie), przedewszystkiem w pobudzaniu żywszej przemiany materyi, krążenia krwi i limfy, a to dzięki wpływowi swoistych bodźców chemicznych (CO_2, sole) na skórne zakończenia nerwów czuciowych. Ztąd podniety na drodze odruchowej przenoszą się na przednie rogi szare rdzenia, a pośrednio także na zwoje nerwu spółczulnego, zatem na narządy, które wszystkie sprawy odżywcze człowieka opanowują. W dalszym związku z szybszą przemianą materyi stoi wzmożone wydzielanie produktów fizyologicznych z ustroju, żywsza odbudowa tkanki prawidłowej, a chyba nie w ostatnim rzędzie i miąższu serca.

Dopiero w drugiej linii stoi czynnik fizykalny, objawiający się w bezpośredniej zmianie pracy serca pod wpływem tych kąpieli. I w tym względzie działają kąpiele francensbadzkie, równie jak nauheimskie, w ich słabszych zgęszczeniach, w kierunku ulżenia pracy sercu, wyczerpanemu długiem schorzeniem, a tem samem uspokojenia go na drodze odruchowego podrażnienia nerwu błędnego. A te wspomniane bodźce termiczne, głównie jednak chemiczne (CO_2), wywołują rozszerzenie naczyń włosowatych w skórze (zaczerwienienie skóry), co sprowadza, że krew z łatwością przedostaje się ku obwodowi ciała, a tem samem obniża się praca serca. Przy używaniu kąpieli francensbadzkich możemy stwierdzić, że tętno staje się zwykle wolniejsze i pełniejsze, a częstość jego się obniża; parcie krwi wprawdzie wzmożone, ale tylko częściowo. Tętno, poprzednio nieregularne i nierówne, wraca po dłuższem używaniu tych kąpieli do toru prawidłowego (co wykazano sfigmogramami Lindnera). Oddech pogłębia się, a tem samem poprawia się utlenianie krwi.

Kąpiele francensbadzkie termalne okazują więc wpływ dodatni na chorych sercowych z jednej strony przez pobudzenie całego ustroju do żywszej czynności, z drugiej zaś przynoszą schorzałemu i osłabionemu z powodu długotrwałej nadmiernej pracy sercu ulgę w jego czynności. Dopiero, gdy się udało, działając w zamiarze oszczędzania serca i ulżenia mu pracy, przysporzyć temu ważnemu narządowi nowych sił zapasowych, drugiem zadaniem lekarza będzie zadziałać na serce ćwicząco, t. j. skrzepić je, a tem samem spotęgować jego czynność. Uda nam się to w pierwszym rzędzie przez zastosowanie kąpieli chłodniejszych (25—24° R.), względnie bogatszych w kwas węglowy, w których przez znaczne — aczkolwiek przejściowe podniesienie się parcia krwi, serce się niejako ćwiczy.

Zależnie więc od tego, czy chcemy działać w tej myśli, by serca oszczędzić, albo by je ćwiczyć, użyjemy kąpieli słabszych lub silniejszych, które co do kwasu węglowego i soli dzięki odpowiednim przyrządom dowolnie stopniować możemy. Jeśli chory jest bardzo osłabiony, ograniczyć się musimy z początku do uzyskania poprawy ogólnej (a więc kąpiele słabsze), a gdy pacyent stal się silniejszym, przechodzimy do silniejszego zadziałania kąpielami mającego na celu wzmocnienie mięśnia sercowego w jego czynności. W tych przypadkach, w których mięsień sercowy słabo pracuje, tylko dlatego, że jego zdolność przystosowania się jest niedostatecznie wyrobiona, jak u chorych, prowadzących życie ociężałe, albo jeśli osłabienie mięśnia sercowego jest spowodowane sztucznemi podnietami, jak n. p. nikotyną, wnet przejść możemy do „ćwiczenia“ serca; natomiast trudno nam będzie uciec się do tego postępowania w przypadkach, jeśli n. p. przyczyna osłabionej energii serca tkwi w miażdżycy tętnic i t. p.

Czy tak, czy owak postępujemy, (oszczędzamy lub ćwiczymy serce), korzystny wpływ tych kąpieli na chorych sercowych upatrujemy nie tyle w czynniku fizykalnym, ile w własności swoistego zadziałania kw. węglowego na nerwy, regulujące wymianę materyi, a najgłówniej na narząd nerwowy serca, na nerw błędny, dzięki czemu mięsień sercowy tylko z taką siłą pracuje, jaka jedynie jest konieczna do zwalczania pracy zewnętrznej.

Przy wyborze kąpieli dla poszczególnych postaci chorobowych musimy postępować bardzo ostrożnie i umiejętnie,

tak w dozowaniu ich co do ciepłoty, jak czasu trwania i częstości, gdyż od tego zależy cały efekt leczenia. Musimy też częstokroć zmieniać rodzaje kąpieli i mieć wogóle baczne oko na wszystkie objawy w ustroju. Rozpoczynamy zwykle zaleceniem kąpieli słabszych i w miarę, jak ustrój je znosi, stopniujemy powoli, przechodząc do coraz silniejszych. Szczególnie w zastosowaniu kąpieli wirowych trzeba być bardzo ostrożnym, zwłaszcza u osób wątłych. Czas trwania jednej kąpieli wynosi od 5—20 minut. Nie zawadzi zauważyć, iż samodzielne ordynowanie kąpieli, również jak i przedłużanie zaleconego przez lekarza jej czasu trwania, lub wreszcie kąpanie się częstsze, przynieść może tylko szkodę choremu, gdyż dobry wynik leczenia nie zależy ani od ilości, ani też od częstości używanych kąpieli, lecz tylko od ścisłego regulowania i ścisłego dozowania podniety na skórę (kw. węglowy, sole, ciepłota), w myśl osobniczych potrzeb chorego.

Przytoczone zabiegi lecznicze (leczenie kąpielowe) w przewlekłych chorobach serca potęgujemy jeszcze gimnastyką. Rozumiemy przez to wykonywanie ruchów prostych, jak podnoszenie i opuszczanie kończyn górnych, zginanie, wyprostywanie kończyn dolnych, ruchy tułowia itd., przyczem chory zważać musi na spokojny i wydatny wdech i wydech. Tylko w tych warunkach przyczynić się może gimnastyka — jak to wykazały badania różnych autorów — do wzmocnienia mięśnia sercowego. Odbywać się ona tylko musi w granicach domogi siły oddechowej i rozciągliwości serca, gdyż w przeciwnym razie doprowadzilibyśmy do przepracowania mięśnia sercowego. Przy t. zw. gimnastyce opornej *(Wiederstandsgimnastik)*, przy której ćwiczący się chory powinien zwalczać opór wykonany bądź to ręką lekarza, bądź też przyrządami (Zanderowskimi), musimy na tę okoliczność zwrócić naszą uwagę, by serca chorego nie wysilić. Przeciwwskazana jest gimnastyka we wszystkich tych przypadkach, w których osłabienie serca jest tak znaczne, że siła jego starczy zaledwie na pokonywanie pracy wewnętrznej śródtkankowej (n. p. u ozdrowieńców i t. p.); dalej w przebiegu świeżych nawrotów zapalenia zastawek i osierdzia, przy znacznej miażdżycy tętnic itd. Natomiast z dobrym skutkiem stosujemy gimnastykę w przebiegu wyrównanych wad serca, a z świetnym skutkiem w stłuszczeniach i otłuszczeniach mięśnia sercowego.

Do gimnastyki wliczamy także Oertlowskie lecznicze ćwiczenia na terenie wznoszącym się. Jest to metoda, przy której ruch, dokładnie co do czasu i wzniesienia oznaczony, tworzy silny czynnik wzmacniający i ćwiczący mięsień sercowy. Stosujemy jednak tę metodę leczniczą z dobrym skutkiem tylko w przypadkach, w których mięsień sercowy, zresztą zdrowy, uległ otłuszczeniu, lub gdzie idzie o nerwowe jego zaburzenia.

Dalszym czynnikiem, oddającym dobre usługi w leczeniu chorób serca, jest wewnętrzne używanie francensbadzkich wód mineralnych. Tam, gdzie idzie o pokonanie zaparcia stolca, towarzyszącego tak często tym postaciom chorobowym, lub o wywołanie większej ilości moczu, źródła francensbadzkie jak Salzquelle, Wiesenquelle, kaltes Sprudel i Nataliaquelle, oddają dobry pożytek. Musimy tu jednak zwrócić baczne oko na to, by nie przeciążać nadmierną ilością płynów krążenia i tak już utrudnionego, podajemy więc wody francensbadzkie w ilości $1^{1}/_{3}$ do 2 litrów dziennie tylko w zastępstwie innych napojów.

Zmierzając ku końcowi, pragnę jeszcze wyliczyć wszystkie te postacie chorób sercowych, które się nadają do leczenia kąpielami termalnemi w Francensbadzie.

W pierwszym rzędzie nadają się wszelkie niedomogi mięśnia sercowego po przebytych chorobach gorączkowych, jak po durze, grypie, gośćcu, w ogóle po chorobach zakaźnych; dalej rozstrzenie serca w przebiegu niedokrewności i błednicy. Podczas leczenia znikają wszystkie objawy chorobowe, jak krótki oddech, ucisk w okolicy serca, nierówne tętno, a i przedmiotowo można wykazać zmniejszenie się rozmiarów serca.

W równym stopniu nadają się do leczenia wady zastawkowe serca, już nie całkiem wyrównane, gdzie występują lekkie obrzęki na kończynach, duszność itd. I w tych przypadkach osiągnąć można nadzwyczajny efekt. Najlepsze rękojmie w tej grupie daje niedomykalność zastawki dwudzielnej, szczególnie niedomykalność względna, dalej niedomykalność zastawki aorty na tle miażdżycy; gorzej ma się rzecz z wadami skombinowanemi, jednakowoż i w tych razach przynoszą kąpiele choremu wielką ulgę.

Bardzo dobre wyniki osiągnąć można także w początkach miażdżycy tętnic i zwapnienia tętnic wieńcowych *(angina pectoris)*.

Dobre rokowanie daje otłuszczenie serca.

Nerwice serca można kąpielami francensbadzkiemi wprost wyleczyć; tak samo niedomogi serca z przewlekłego zatrucia alkoholem i nikotyną.

Dobrze wpływają także te kąpiele na schorzenie mięśnia sercowego w przebiegu zapalenia nerek śródmiąższowego.

Jako przeciwwskazania do używania francensbadzkich kąpieli termalnych stanowią: ciężkie wady serca w okresie niewyrównania wysokiego stopnia, bardzo znaczna miażdżyca serca i daleko posunięte tętniaki aorty.

Aczkolwiek to nie należy tutaj, wspomnieć muszę o świetnym wpływie wyżej opisanych kąpieli na chorych z wiądem rdzenia pacierzowego. Poszczególne objawy tej choroby poprawiają się znacznie w przebiegu dłuższego leczenia, a przedewszystkiem widoczne jest zmniejszenie się bólów napadowych i ustąpienie znanych zmian w czuciu, jak mrowienie, uczucie opasywania i t. d. Niemniej dobrze wpływają te kąpiele na objawy ze strony pęcherza moczowego, czy to idzie o porażenne niedomykanie jego, lub też o bolesne oddawanie moczu *(stranguria)*; w obu przypadkach następuje poprawa po krótszym lub dłuższym czasie. Także częstość t. zw. „*crises tabetiques*“ przerzedza się znacznie, częstokroć ustępują te napady na długi przeciąg czasu i po ukończeniu leczenia. Bezsprzecznie nadają się do leczenia francensbadzkiego przedewszystkiem chorzy, nie znajdujący się jeszcze w okresie znacznego bezładu *(ataxia)*. Do poprawy tego objawu służy najlepiej t. zw. leczenie „wyrównawcze zapomocą ćwiczeń“. Frenkel, który na to wskazał, nie poleca przeprowadzać tego leczenia podczas stosowania kąpieli.

Należy mi jeszcze nadmienić, że i stosunki terenowe i miejscowe Francensbadu odpowiadają wszel-

kim wymaganiom i potrzebom chorych na serce, a wie o tem każdy, który raz poznał to zdrojowisko zaciszne i jego równe położenie wśród olbrzymiego parku i obszernego zalesienia.

Sądzę, iż dotychczasowe wyniki leczenia chorób francensbadzkich kąpielami termalnemi, których działanie swoiste uzasadniłem, aczkolwiek w zawiązku, daje niepłonną nadzieję, iż powiedzie się zapewnić Francensbadowi równouprawnione miejsce wśród najwięcej uznanych zdrojowisk i uzdrowisk dla chorych sercowych. Nie uszczuplając w niczem znaczenia, jakie sobie zdobył Nauheim w leczeniu chorób serca, muszę zaznaczyć, iż z tym samym pożytkiem i korzyścią dla chorego będzie także leczenie francensbadzkie Wobec takich samych warunków rozstrzygnie może także bliższe położenie Francensbadu, okoliczność ważna dla chorych na cierpienia sercowe, z trudnością tylko podróżujących, a chyba nie na ostatnim względzie przy wysyłaniu chorego do zakrajowego zdrojowiska będzie to, że Francensbad leży w granicach Austryi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Romualda Tarnawska. **Kuchnia jarska stosowana w lecznicy Apolinarego Tarnawskiego w Kosowie.** (Lwów 1901).

Z przyjemnością witamy każdą pomoc ze strony kobiety, jeżeli ona obraca się w zakresie właściwej działalności niewieściej. Taką pracą dla nas pożądaną jest książka p. Romualdy Tarnawskiej. Zawiera ona dokładny opis przyrządzania około 170 potraw z kuchni jarskiej. Niektóre z nich miałem sposobność wypróbowania w mojej kuchni domowej i przekonania się o ich dobrym smaku. Obok tego znajdzie czytelnik wykazaną w sposób racyonalny wartość pożywienia roślinnego, jako też sposób stosowania i podawania potraw jarskich.

U nas siedmiomilionowa ludność kraju żywi się kuchnią jarską, chociaż może nie w sposób zupełnie racyonalny, mimo to nie widzimy na niej błogich skutków wyłącznego pożywienia roślinnego. Zdałby się naszej ludności wiejskiej mały dodatek posilnego pożywienia mięsnego, gdyż człowiekowi najlepiej dogadza pożywienie mięszane. Natomiast mamy w kraju przeszło 200,000 ludności zamożniejszej, przeważnie miejskiej, która popadła w drugą ostateczność, żyjąc prawie wyłącznie przyprawianemi potrawami mięsnemi, kawą i herbatą. Nabywa ona przez to chorób narządu pokarmowego, układu nerwowego i zboczeń w przemianie materyi. Dla tej części ludności kuchnia jarska, stosowana przez dłuższy czas, wprowadzając zamiast rozpadowych ciał azotowych mięsa rozczyny soli o wysokiem ciśnieniu osmotycznem i energii kinetycznej, działa zbawiennie przez zupełną zmianę soków ustrojowych. W tych przypadkach „Kuchnia jarska" p. Tarnawskiej będzie lekarzowi wielce pożądaną w celu dobrania stosownych potraw.

Powodzenia należy życzyć lecznicy w Kosowie z powodu, że nie popadając w skrajną ostateczność, stosuje z pożytkiem dyetę roślinną w kraju, przez co zatrzymuje spory poczet chorych od zbytecznego zupełnie wyjazdu do obcych zakładów wegetacyjnych. *W. Jaworski.*

V. Wyciągi.

Dr. Bendix. **Przyczynek do fizyologii odżywiania osesków, z uwzględnieniem rozwoju bliźniaków.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 4 grudnia 1901, str. 703—720). Potrzebę bezwzględnego indywidualizowania stara się autor nietylko przypomnieć, lecz i podkreślić. Rozwój dziecka zależy bezsprzecznie od jego odżywienia; o tem wie każdy lekarz. Że pokarm matki jest najodpowiedniejszą pożywką dla oseska, o tem poucza ogólne doświadczenie. Wiadomo również, że sposób żywienia, uznany w świecie lekarskim za nieodpowiedni, a wcześnie zastąpiony przez inny, właściwszy, najczęściej sprowadza poprawę. Z drugiej jednak strony każdemu lekarzowi praktycznemu są znane dzieci, które są żywione bez wszelkich reguł dyetetyki, a mimoto znakomicie się rozwijają. Ale nierzadko się też zdarza widzieć, że naprzeciw tej grupy stoi znaczny zastęp „dzieci troski", dzieci, u których się nie dochodzi do celu ani mlekiem krowiem, ani przetworami, ba nawet nieraz i pokarmem naturalnym. Widzi się i takie przypadki, że dzieci o tej samej wadze początkowej i tym samym sposobie żywienia nierównomiernie się rozwijają, tak dalece, że to, które mniej spożywa, czasem lepiej się rozwija. Te wszystkie przypadki wskazują dostatecznie na to, że przecież musi istnieć jeszcze jakiś czynnik, czy czynniki, które trzeba w każdym razie uwzględnić. Z czynników zewnętrznych mają zapewne znaczenie odpowiednia ilość światła, powietrza, ciepła itp. Ważniejsze jednak znaczenie ma, — i na to autor chce szczególną zwrócić uwagę, — indywidualny stan komórek i tkanek dziecka. W szczególności chodzi mu o podkreślenie właściwej każdemu z osobna dziecku sprawności przewodu pokarmowego, związanej z prawidłowem działaniem narządu naczyniowo-oddechowego, co wszystko ma znaczenie dla energii rozwoju i prawidłowej przemiany materyi.

Ciekawą ilustracyą tego osobniczego uzdolnienia są bliźniaki, gdy one mimo równego i odpowiedniego karmienia niejednakowo się rozwijają. Autor przytacza 11 par tablic rozwoju bliźniaków, z których 4 pary miał sposobność całe miesiące żywić i ważyć. Z tych 11 par tylko dwie rozwijały się zupełnie równomiernie. Różnica w wadze między pojedynczemi bliźniętami wynosiła w rozmaitych czasach od 220—2,620 grm. i to przy równym sposobie odżywiania, braku wyniszczających chorób i tylko nieznacznej różnicy w wadze początkowej, którą zresztą początkowo mniej ważące dziecko przekraczało nierzadko na niekorzyść początkowo cięższego. Jeżeli więc u bliźniaków, których warunki rozwoju płodowego są bądź co bądź najczęściej te same, zachodzą tak znaczne osobnicze różnice w rozwoju przy tym samym sposobie karmienia i wychowywania, to to samo już jest chyba dostateczną wskazówką, jak lekarz w każdym przypadku powinien indywidualizować. Nie ograniczać się zatem na wyborze szematu, wedle którego dziecko w tym a tym wieku z tym a tym ciężarem zwykle się odżywia, lecz raczej wybrać taki sposób odżywiania, przy którym waga dziecka rzeczywiście idzie w górę. Wiemy z doświadczenia, że w jednym przypadku dogadza dziecku pokarm o małej ilości tłuszczu, lecz znacznej ilości cukru, w drugim pokarm ubogi w białko, lecz tłusty daje lepsze wyniki, jednak dalecy jesteśmy od tego, ażebyśmy mogli w każdym zawikłanym przypadku z bezwzględną pewnością stosowny pokarm wyznaczyć.

Dlatego radzi autor użyć w takich razach wszelkich metod badania, nie wykluczając nawet zbadania przemiany materyi. W końcu wyraża przypuszczenie, że zadaniem przyszłych prac, należących do dyetetyki dzieci, będzie większe uwzględnienie ich indywidualności. *Dr. Leon Bross.*

Dr. Rymowicz. **Prątek, wywołujący ostre zakaźne zapalenie spojówek** (*bac. Koch-Weeksa*) **i jego stosunek do prątka grypy** (*bac. Pfeifferi*). (*Russkij Arch. patol. klin. med.* etc. 1901, sierpień). Niejednokrotnie zwracano już uwagę na podobieństwo tych dwóch prątków pod względem postaciowym, oraz na podobne ich zachowanie się w hodowlach; wobec jednak trudności hodowania tych drobnoustrojów sprawa ich wzajemnego do siebie stosunku nie jest dotychczas należycie wyjaśniona. Autor przekonał się, iż hodowle obydwu tych prątków udają się bardzo dobrze na pożywkach, do których dodano nastoju z ludzkiego łożyska, lub, co lepiej, rozczynu hemoglobiny; przeprowadził więc w zakładzie patologii ogólnej prof. Sawczenki w Kazaniu szereg badań porównawczych nad tymi dwoma drobnoustrojami i na zasadzie tych badań dochodzi do następujących wniosków: 1) Prątek Koch-Weeksa z wydzieliny spojówkowej, oraz prątek Pfeiffera z plwociny postaciowo niczem się od siebie nie różnią. 2) Wejrzenie hodowli, oraz warunki wzrostu na pożywkach dla obydwu tych prątków są zupełnie też same; w jednakowych warunkach obydwa te drobnoustroje ulegają jednakowym przeobrażeniom i obydwa okazują jednaką skłonność do spółżycia (symbiozy) z pewnemi bakteryami. 3) Obydwa prątki działają jednakowo na ustrój zwierzęcy, powodując zatrucie ustroju, a nie wywołując ogólnego zakażenia. Jednem słowem ścisłe badania wykazały, zdaniem autora, iż prątek Koch-Weeksa i prątek Pfeiffera nie różnią się od siebie niczem, ani pod względem

morfologicznym, ani też biologicznym, wobec czego autor sądzi, iż zarówno ostre zakaźne zapalenie spojówek, jak i grypa, powstają skutkiem zakażenia tym samym drobnoustrojem, który, dostawszy się do dróg oddechowych, powoduje grypę, dostawszy się zaś do worka spojówkowego, wywołuje ostre zapalenie spojówek.

Dr. Gliński.

Dr. Leo. **Leczenie krzywicy fosforem.** (*Therapie der Gegenwart*, Nr. 12, 1901). Przypadki śmierci dzieci krzywiczych z powodu zatrucia fosforem zostały opisane przez Schmid-Monnarda; Nebelthau ogłosił spostrzeżenie, dotyczące dziecka 2-letniego, u którego po wyżyciu 3 mgr. fosforu w przeciągu 60 godzin nastąpiła śmierć; opisy te zwróciły szczególniejszą uwagę autora na dwa przypadki śmierci dzieci krzywiczych, jedno w wieku 14 miesięcy, drugie, liczące $2^1/_2$ lat, leczonych fosforem, u których stanowczo stwierdzono (w jednym sekcyą) zatrucie fosforowe, jako bezpośrednią przyczynę śmierci.

Autor w myśl zasad Kassowitza stosował w przebiegu krzywicy fosfor, lecz doszedł do dawno już znanych wniosków, ogłoszonych przez Eschericha, Fliegera i innych, że lek ten nie przyczynia się do szybszego kostnienia kości u cierpiących na krzywicę. Korzystny wpływ tego leku stwierdził autor w przebiegu skurczu głośni. Jeżeli więc wogóle ma być stosowany fosfor w przebiegu krzywicy, to pomijając już nieuchwytną korzyść tego środka, dążyć należy absolutnie do tego, by choremu ustrojowi szkody nie wyrządzać. Dawka fosforu, zalecona przez Kassowitza w ilości $^1/_2$ miligrama, odpowiadająca połowie maksymalnej dawki dla dorosłego, jest stanowczo za duża i w myśl twierdzeń Nebelthaua i Grossa powinna być dziesięciokrotnie słabsza, a więc roztwór 0·001% ma być podawany łyżeczkami, a roztwór 0·01% kroplami (po dziesięć). Ważniejszem jest w przebiegu krzywicy zachowanie przepisów dyetetyczno-higienicznych, aniżeli podawanie fosforu.

Dr. Bolesław Komorowski.

Puech. **Znaczenie badania oczu dla rozpoznania niektórych zmian kiłowych.** (*Arch. d'Opht.* 11, 1901). P. opisuje kilka przypadków zapalenia stawów (kolanowych), gdzie rozpoznano tło gośćcowe i odpowiednio leczono, ale bez skutku. Dopiero zjawienie się zapalenia miąższowego rogówki zwróciło uwagę autora, że i zajęcie stawów jest pochodzenia kiłowego, co i terapia (rtęć i jod) zupełnie potwierdziły, usuwając zupełnie cierpienie stawów. P. podnosi ten fakt w tym celu, by u młodych osobników, w razie zapaleń stawów, które ciągną się długo i od zwykłej przeciwgośćcowej terapii nie ustępują, szukać u rodziców skazy kiłowej. (Rzecz ta nie jest nieznaną; — Fournier w swej „syphilis heredit. tardive" opisuje dość szczegółowo różne artropatye na tym tle powstające, przyczem zwraca uwagę na to, że najczęściej zajęte są kolana. (*Przypisek referenta*). *Dr. Brudzewski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 6 grudnia 1901.

Przewodniczący kol. Beck. Członków obecnych 48.

I. Z powodu nieobecności kol. sekretarza zaprasza przewodniczący do prowadzenia protokołu kol. L. Feuersteina.

II. Po odczytaniu protokołu z posiedzenia ostatniego (21. pos. z d. 29 listopada) wnosi kol. A. Gluziński, aby punkt protokołu, omawiający uchwały powzięte na wniosek kol. Stachiewicza przyjąć w redakcyi kol. sekretarza, przechować w aktach Towarzystwa, ale nie ogłaszać punktu tego drukiem. Po dyskusyi, w której brali udział koledzy: Wehr, Kadyi, Beck i Gluziński zgodzono się większością głosów na propozycyę kol. Gluzińskiego, wobec czego też wniosek kol. Radzikowskiego, jako przeciwny i daleko idący, upadł.

III. Kol. przewodniczący zawiadamia o przyjęciu na członka Towarzystwa kol. Napoleona Gąsiorowskiego, podaje do wiadomości, że nadeszła odezwa Dr. Chądzyńskiego w sprawie składek na ukończenie pomnika dla św. p Dr. Wójcikowskiego, zmarłego przed 50 laty w Dijon we Francyi, który pierwszy na lądzie wykonał owaryotomię. (Na ten cel zebrano od obecnych na posiedzeniu członków kor. 38).

IV. Na międzynarodowy Zjazd lekarzy w Madrycie (r. 1903), jako delegatów Tow. wybrano kol. Lesława Gluzińskiego, Włodzimierza Łukasiewicza i Antoniego Marsa.

V. Kol. Stauber przedstawia przypadek gruźliczego zapalenia stawu kolanowego, leczony metodą zachowawczą. W przypadku tym po zastosowaniu przyrządu ortopedycznego objawy, jak: bardzo znaczny obrzęk, chełbotanie, przykurczenie i zanik mięśni przedudzia ustąpiły, a kol. St. przypadek swój uważa za uleczony. Kol. Barącz nie zgadza się z tem zapatrywaniem kol. St.; wyczuwa wyraźnie grzybowate wybujałości, a sprawę uważa za typowy *tumor albus*.

VI. Kol. Piasecki wygłosił rzecz pod tyt.: »Szwedzki i niemiecki system gimnastyki wobec postulatów fizyologii i higieny«. (Przeznaczone do druku).

Prelegent demonstrował na uczniach swych główne zasady ćwiczeń, wykazał różnicę między gimnastyką szwedzką, a niemiecką i wyższość pierwszej nad drugą. Gimnastyka szwedzka, oparta na gruntownej znajomości anatomii, ćwiczy równomiernie całe ciało, natężenie siły jest ciągłe i wzrasta równomiernie, ćwiczenia odbywają się masowo. Gimnastyka niemiecka nie ma naukowych podstaw, obliczona na efekt, jest raczej zgubną, niż pożyteczną dla ustroju. Prelegent wzywa przeto członków Tow. do najenergiczniejszego rozpowszechniania gimnastyki szwedzkiej, — a przeciwdziałania dalszemu rozwojowi gimnastyki niemieckiej.

Kol. Wehr dziękuje prel. za poruszenie i przedstawienie tej sprawy. Kol. A. Gluziński stawia wniosek, aby zarząd Tow. w porozumieniu z kol. Piaseckim przedstawił członkom odpowiednie wnioski, nie wątpi bowiem, że dużo dałoby się w tym kierunku zrobić. Wniosek przyjęto). *Dr. J. Krzyszkowski,* sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dnia 4 grudnia 1901 r.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokoł z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący odczytał pismo kol. prof. Wicherkiewicza w sprawie utworzenia Komitetu polskiego dla popierania celów XIV międzynarodowego kongresu lekarskiego w Madrycie. Komitet Towarzystwa lekarskiego proponuje na członków wspomnianego Komitetu Kolegów: Buzdygana, doc. Kryńskiego i prof. Reissa. Uchwalono.

III. Przewodniczący odczytał komunikat kol. Kwiatkowskiego w sprawie popierania wód krajowych, nieustępujących w niczem wodom zagranicznym. Komitet zastanawiając się nad tą sprawą uchwalił pismo to odesłać do Komisyi przemysłowo-lekarskiej jako balneologicznej, z wezwaniem rozpatrzenia się w tej sprawie i przedłożenia w swoim czasie odnośnych wniosków Towarzystwu. Przyjęto jednogłośnie.

IV. Kol. Gliński przedstawił: 1) Okaz nowotworu, wychodzącego z prawego płatu gruczołu tarczowego; nowotwór obrasta tchawicę, wrasta w jej ściany, oraz w ściany przełyku, zachodzi popod mostek i wrasta do światła żyły głównej górnej, (*v. cava super.*) tworząc tutaj guz polipowaty wielkości kurzego jaja. Badanie drobnowidowe nowotworu wykazało utkanie raka. 2) Okaz tętniaka tętnicy wątrobowej (*a. hepatica*), który stał się przyczyną śmierci 25-letniej ciężarnej. Skutkiem pęknięcia tętniaka nastąpił olbrzymi krwotok początkowo w obręb tkanek więzadła dwunastnico-wątrobowego, później zaś i do jamy brzusznej. 3) Okaz oraz preparaty drobnowidowe z płodziaka (*embryoma*), wyłuszczonego przez doc. Bossowskiego u 6-tygodniowej dziewczynki ze szyi. Badanie drobnowidowe wykazało w wyłuszczonym guzie obecność tworów pochodnych wszystkich 3 blaszek zarodkowych. W końcu omawia prelegent istniejące obecnie teorye pochodzenia płodziaków.

Odnośnie do demonstrowanego *ad* 1) preparatu przez kol. Glińskiego kol. Nowotny (gość) omówił stronę kliniczną przypadku: u mężczyzny 72-letniego w dniu przyjęcia stwierdzić można było guz po stronie prawej szyi, przesunięcie całej krtani na lewo, obok wysokiego stopnia duszności. Wykonano tracheotomię (thyreotomia), nowotwór wyskrobano i założono długą kaniulę. Po trzech miesiącach chory zmarł na zapalenie płuc. Za życia nie było objawów zaczopowania żyły głównej (*venae cavae*).

V. Dalej omówił kol. Nowotny przypadek z oddziału laryngologicznego prof. Pieniążka. U chorej dziewczyny na kilka miesięcy

przed przybyciem do szpitala na oddział laryngologiczny miało miejsce otrucie fosforem. Od trzech tygodni duszność. Serce prawidłowe, tętno 120—130. Badanie wziernikiem krtani wykazało stosunki prawidłowe. w tchawicy ponad rozgałęzieniem oskrzeli widać było od strony prawej z przodu guz z powierzchownem zaczerwienieniem. Wykonano krikotracheotomię. Po wprowadzeniu bronchoskopu do oskrzela prawego oddech się poprawił. Przypuszczano wtedy zserowaciały gruczoł oskrzelowy. Na trzeci dzień stwierdzić można było, że powierzchnia guza jest nierówną, pokrytą strzępami; strzępy wyskrobano. Nagle wystąpiła duszność i obfity krwotok z zejściem śmiertelnem.

Co do rozpoznania w tym przypadku, to przypuszczać należało trzy sprawy: gruczoł, nowotwór, tętniak. Kol. prof. Pieniążek omawiając ten przypadek, podaje, że dlatego był zdania, że ma do czynienia z guzem. że na jego powierzchni stwierdzić można było strzępki przy zupełnym braku tętnienia. Tętniak po stronie prawej rzadko daje objaw tętnienia, brak tego objawu tłomaczyć należy w naszym przypadku obfitością skrzepów w tętniaku.

Odnośnie do tego ostatniego przypadku, omówionego przez kol. Nowotnego, kol. prof. Ciechanowski przedstawił preparat i omówił zmiany anatomiczno-patologiczne.

W dyskusyi nad preparatem *ad* 3) przedstawionym przez kol. Glińskiego, kol. prof. Kostanecki omówił sprawę ze stanowiska embryologii, nadto zabierali głos w tej sprawie kol. doc. Bochenek, Gliński i prof. Ciechanowski.

VI. Kol. Kędzior demonstrował preparaty plasmodyów zimniczych,przydarzających się w Krakowie i w okolicy, mianowicie: *plasmodium quartanae* w rozwoju i okresie dzielenia się, *plasmodium vivax* i *Laverania malariae* (półksiężyc oraz obrączki), przyczem zwrócił uwagę na niezgodność pomiędzy unicystami a pluralistami. Rzecz tę pozostawia na razie nie rozstrzygniętą.

Następnie przedstawił tabliczkę gorączki, wywołanej przez różne odmiany pasorzyta zimnicy. Formy te mogą być bardzo różne, wywołane nawet przez jedne i te same odmiany. I tak, przytoczył n. p. przypadki, gdzie we krwi można było wykazać *plasmodium quartanae*, tor gorączki zmieniał się w miarę dłuższego trwania choroby. Z czasem mimo obecności pasorzytów zimnicy pojawił się stan bezgorączkowy.

Tłómaczył następnie kol. K. ustąpienie gorączki bez użycia środków lekarskich chwilowymi gorszymi warunkami rozwoju monontów przez uodpornienie ustroju. Uodpornienie to trwa czas ograniczony, poczem mononty mogą się o tyle rozwinąć, że są w stanie wywołać nawrót. Nie da się wykluczyć w tych przypadkach partenogenezy gametów (Grassi). *Plasmodium praecox* wywołuje w naszym kraju gorączkę łagodną o torze bardzo nieregularnym, niedającym się ująć w ścisłe postacie chorobowe.

Następnie przedstawił K. daty statystyczne na podstawie materyału Kliniki chorób wewnętrznych, z których wynika, że 1) zimnica trzeciaczka przydarza się najczęściej w czerwcu i maju, mniej w kwietniu, zresztą sporadycznie. 2) zimnica czwartaczka najczęściej we wrześniu, październiku i listopadzie, rzadziej na wiosnę. 3) *Laverania malariae* głównie w miesiącach jesiennych. 4) zimnica przepuszczająca utajona jest bez wyraźnej zależności od pór roku.

Ze statystyki Dra Grzybowskiego w Zatorze wynika, że w samym Zatorze przeszło 60% leczących się chorych okazuje zimnicę, z tego trzeciaczkę stanowi około 70%, czwartaczkę około 10%, a gorączkę codzienną około 20%.

Świeże przypadki zakażenia trzeciaczką i czwartaczką przydarzają się przeważnie od czerwca do listopada. Gorączka codzienna przez cały rok.

Co do pojawienia się świeżych przypadków zimnicy w miesiącach letnich. to do podobnych wyników dochodzi i Dr. Poźniak na podstawie materyału zebranego z praktyki służbowej na przestrzeni kolejowej Płaszów-Niepołomice.

Skoro się uwzględni czas pojawiania się komara, który również w największej ilości przydarza się od czerwca do września, to łatwo wykazać analogię między pojawieniem się świeżej zimnicy. a komarów.

Za tem że komary odgrywają ważną czynność w szerzeniu się zimnicy przemawia jeszcze, że: *a)* zimnica jest endemiczną, *anopheles* przebywa tylko w pewnych okolicach, głównie bagnistych; *b)* melioracya gruntów jest zdolna zmniejszyć, względnie usunąć zimnicę i »anophelesa«; *c)* doświadczenie, że siatki chroniące przed komarami, chronią i przed zimnicą.

Zimnica jest chorobą wyleczalną bez użycia jakichkolwiek środków. Bardzo często jednak wyleczenie to jest tylko pozorne, albowiem pozostają gamety, które bez wywoływania jakichkolwiek objawów chorobowych stają się na wiosnę źródłem zakażenia komarów, a za ich pośrednictwem człowieka. W leczeniu zimnicy główną rolę odgrywa chinina i błękit metylenowy.

W szczególności uwzględnić należy zimnicę ukrytą, a mianowicie w każdym podejrzanym przypadku badać krew na plasmodya i względnie podać chininę. Aby zabezpieczyć ludzi, skłonnych do zimnicy, przed nowem zakażeniem, można uciec się do podawania chininy co pewien czas; masowe po:awanie całej ludności w pewnej okolicy przez jeden do dwóch tygodni uważa prelegent za rzecz praktycznie nie wykonalną. Dodatkowo wspomina K. o jedynym przypadku, spostrzeganym w Klinice, z rakiem sutka. gdzie nastąpiło dobrowolne zakażenie zimnicą bez wpływu na przebieg choroby. Wspomina o tem, jako o rzeczy będącej na czasie. ze względu na publikacye Loefflera.

Kończąc zaznacza, że sprawa biologii pasorzytów zimnicy. zwłaszcza sprawa przyjęcia odmian tych pasorzytów, na razie jest zupełnie otwartą i zachęca tylko do dalszych badań w tym kierunku. (Streszczenie własne).

W dyskusyi nad wykładem kol. Kędziora zabiera głos kol. Latkowski, który opisuje przypadek »malariae aestivo-autumnalis«, wskazujący na samoleczenie ustroju. Dotyczy on chorej A. G, liczącej lat 42, zamieszkałej w okolicy zimniczej, w Ryglówce pod Podgórzem, a przyjętej do kliniki chorób wewnętrznych dnia 14/X b. r., gdzie pozostaje dotąd w obserwacyi klinicznej. Chora ta przebywała w wieku młodszym zimnicę kilkakrotnie z torem trzeciaczkowym. Na miesiąc przed przyjęciem do kliniki dostała napadów dreszczów i gorączki codzień się powtarzających, w ostatnim zaś tygodniu nawet 2 r. dziennie występujących. Dreszcze zjawiały się zwykle przed południem, po nich występowała gorączka i obfite poty, bóle w podżebrzu lewem, wymioty, darcie w kończynach dolnych, ćmienie w oczach, szum w uszach itp.

Podczas spostrzegania klinicznego dało się stwierdzić gorączkę przypuszczającą o typie nieregularnym 14/X W. 39·2° C. 15/X R. 35° C—W 39° C 17/X R. 36° C—W. 38° C 24/X R. 37·4° C—W. 38° C. Od 36/X ciepłota nie przekracza 37·5° C. opadając rano do 36·4—36° C. Chora obecnie dreszczy nie ma, poci się tylko obficie po przyjęciu pokarmów. W pierwszych dniach spostrzegania klinicznego, a więc gdy ciepłota dochodziła do 39° C, chora przedstawiała stan ciężki, dreszczom towarzyszyły wymioty, śledziona była bardzo powiększona (sięgała do linii środkowej ciała) i bolesna, pnie nerwowe tak na twarzy, jak i na kończynach były bolesne, również można było wykazać bolesność uciskową żeber i mostka.

Pod wpływem tylko pobytu na klinice i dyety pożywnej nastąpiło jakby samo-wyleczenie, chora bowiem uważa się za zupełnie zdrową, i rzeczywiście oprócz obecności półksiężyców we krwi żadnych ważniejszych zmian w ustroju wykazać nie można. Chora na wadze ciała nic nie straciła, skład zaś krwi poprawił się z 50% na 65% hemoglobiny i z 3 milionów na 4 miliony krwinek czerwonych. Obrzęk śledziony ustąpił tak. iż jej obecnie wymacać nie można, bolesność całkiem znikła.

Przypadek ten jest ciekawy ze względu na samoleczenie ustroju; w pierwszych dniach bowiem po przyjęciu chorej znajdowano znaczną ilość półksiężyców we krwi obok form młodych i obrączkowatych. obecnie ostatnich form nie ma wcale; półksiężyców zaś jest nie wielka ilość, 33:500 pól widzenia i zdaje się nie wywołują one żadnych zmian znaczniejszych w ustroju. Za wyrabianiem się odporności ustroju świadczy też powiększenie liczby ciałek eozynochłonnych we krwi obok leukocytów zawierających melanin, podczas silniejszych dreszczów i gorączki. Nawiązując do odczytu Doc. Siedleckiego należy zaznaczyć, iż doświadczenia Grassiego posunęły kwestyę rozwoju pasorzyta zimnicy o tyle naprzód, iż udowodniły jego rozwój płciowy. czyli amfigonię w ciele anofelesa i przedstawiły anofelesa jako przenośnika zimnicy, kwestyi zaś powstawania półksiężyców i dalszego rozwoju nie wyjaśniły; patenogeneza bowiem gametów jest jak na teraz tylko przypuszczeniem. Co do czwartaczki spostrzeżenia Grassiego są skąpe, dlatego należałoby się nią u nas zająć, jako formą występującą dość często i której pasorzyt rozwija się lepiej w ciepłocie niższej.

Również podział pasorzyta zimnicy jest dotąd nie ustalony i uczeni dzielą się ciągle na dwa obozy unicystów i pluralistów. Za teoryą unicystów przemawiają przypadki Lewkowicza, jak również jeden przypadek Dra Kędziora i drugi, widziany w Wiedniu przez Dra Wilczyńskiego, gdzie w czwartaczce występowały półksiężyce. Należy

jednak rozstrzygnąć, czy w takich przypadkach nie mamy do czynienia z zakażeniem mięszanem.

W końcu chciałbym nadmienić, iż myśl podawania chininy *en masse* w porze zimowej podniósł pierwszy Dr. Lewkowicz u nas, bo jeszcze w r. 1988, a więc przed ogłoszeniem prac Kocha i Grassiego.

Nadto zabierał głos w dyskusyi doc. Dr. Siedlecki (gość).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Zydłowicz, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

Jeszcze z wiosną b. r. ukazało się — jak corocznie — „Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898“. Praca to mozolna, a zbyt ważna i poważna, by ją zbyć krótkim referatem. Dokładniejsze zaś studyum wymaga wiele czasu, którym żaden z lekarzy do zbytku nie rozporządza. Takim sposobem stało się, że dopiero dziś jesteśmy w stanie podzielić się z kolegami wynikiem przestudyowania całej tej pracy [1]).

Powiedzieliśmy wyżej, że praca to mozolna i poważna. Jest to wołanie do społeczeństwa, do centralnych władz rządowych, do władz krajowych i wszystkich ludzi dobrej woli, by zwrócili więcej baczenia, ofiarowali więcej grosza, troski i pracy w kierunku poprawy doprawdy ciężkich stosunków, jakie w Galicyi pod względem zdrowotnym panują. Czy wołanie to osiągnie pożądany skutek przyspieszenia poprawy— bo od szeregu lat widzimy na każdym kroku niewątpliwą poprawę, zdobytą ogromnym wysiłkiem pracy jednostek, lecz twierdzimy stanowczo, że postępy jej są za powolne — otóż, czy skutek tak pożądany nastąpi? o tem z wielu względów musimy wątpić. Naprzód coroczne te sprawozdania nie przedostają się do wiadomości ogółu, bo tylko nieliczna garstka ludzi, których to wprost dotyczy, otrzymuje te sprawozdania. Nasze dziennikarstwo jest niestety tak przejęte walką stronnictw, tyle sił poświęca swarom politycznym, że na zdanie sprawy z tak ważnej i doniosłej pracy brak mu czasu i miejsca. Zkądże więc nasi posłowie, notabene przeważnie rolnicy i adwokaci, mają się dowiedzieć o tych szczegółach?

A wreszcie i sprawozdanie samo nie jest bez wad. Przedewszystkiem brakuje mu drobnostki, lecz brak ten czyni oryentowanie się w książce ogromnie trudnem. Czy kto chce zobaczyć np. liczbę śmiertelności, czy liczbę miejsc w szpitalach, czy wynik leczenia obłąkanych i t. p., musi prawie całą książkę przerzucić, by znaleźć to, czego szuka; a znalazłszy, jeszcze nie może być pewny, czy w innym rozdziale nie przeoczył liczby, mającej związek z liczbą znalezioną. Dlaczego tak się dzieje? Bo książka ta nie ma ani spisu rozdziałów, czyli spisu rzeczy, ani żadnego skorowidza, ani wykazu tablic statystycznych, z takim trudem zestawionych.

Ogromne utrudnienie przejrzystości stanowi również ta okoliczność, że zestawienia liczbowe prawie w każdym rozdziale czynione są w inny sposób, a co ważniejsza, każdoroczne sprawozdanie zawiera przeważnie odmienny sposób zestawienia tych liczb i tablic. Dalej głównym celem tych sprawozdań jest wykazanie zmian w stosunkach sanitarnych z dłuższego lat szeregu. Tymczasem znaczna liczba tablic uwzględnia prócz roku sprawozdawczego co najwyżej parę lat poprzednich, często tylko rok poprzedni. A przecież łatwiej układającemu tablicę umieścić w niej odrazu liczby z poprzednich lat 10—20, niż czytającemu szukać tych liczb w kilku sprawozdaniach, przyczem jeszcze rzadko kiedy znajdzie tabele w ten sam sposób zestawione, przez co przegląd liczb z dłuższego szeregu lat często jest wprost niemożebny. Nie winien tu może układający sprawozdanie, ile zbyt częsta zmiana formularzy, na podstawie których układa się sprawozdanie. W każdym razie cierpi na tem dotkliwie sprawozdanie samo.

Wreszcie ta okoliczność, że układający sprawozdanie nie rozporządza liczbami, całkiem wiarogodnemi, zmniejsza dość znacznie wartość całej pracy. Że dane, dostarczone przez urzędy parafialne, nie zawsze są pewne, że położne nieraz może się pomylą, że tak zwani „oglądacze zwłok“ na wsi podają swe rozpoznania często całkiem dowolnie, temu trudno się dziwić. Ale ze sprawozdania nabiera się przekonania, że i lekarze (szpitalni, rządowi itp.) nie rzadko zbyt pobieżnie wypełniają swe urzędowe raporty. Ztąd nieraz wypływają różne wątpliwości i sprzeczności, które sprawozdanie samo często podnosi.

Oto trudności, na jakie napotyka czytający sprawozdanie, jeśli chce z niego odnieść pożytek, nie tylko dla siebie, lecz także spożytkować nabyte z niego wiadomości dla dobra ogółu. Wprawdzie sprawozdanie zawiera, jak corocznie, w końcu książki „wnioski c. k. kraj. Rady zdrowia“, wysnute z całej treści pracy w formie dezyderatów i przedstawia je czytelnikowi. Lecz prawie też same żądania powtarza Rada zdrowia od szeregu lat, widocznie więc nie odnoszą one należytego skutku, gdyż brak im należytego poparcia, brak zajęcia się temi, tak ogromnie ważnemi sprawami u członków ciał prawodawczych, a więc u posłów do Rady państwa i Sejmu. I dziwić się temu tak bardzo trudno, bo oni albo tych sprawozdań nie otrzymują, albo też przy poważniejszem studyowaniu napotykają na wyżej podane trudności, które przy braku wiadomości zawodowych stanowią dla nich prawie niezwalczoną przeszkodę do poparcia wniosków Rady zdrowia z mownicy parlamentarnej odpowiedniemi datami, zaczerpniętemi ze sprawozdania. A jeśli czasem znajdzie się jednostka — jak w r. zeszłym Prof. Jordan — i na podstawie gruntownego referatu poprze swą powagą i wymową te same prawie żądania, jakie stawia Rada zdrowia, to nie natrafia na grunt odpowiednio przygotowany u reszty posłów, którzy sprawy całkiem nie znają i tem mniej się nią przez to zajmują.

Czas więc najwyższy, by sprawozdania te doszły — ile można z usunięciem wyżej podanych usterek — do wiadomości szerokiego ogółu, by nasze dziennikarstwo bez różnicy zapatrywań politycznych zdawało rokrocznie sprawę z tej tak doniosłej publikacyi, a wtedy może nie będzie ono głosem wołającego na puszczy, lecz pobudką, budzącą całe społeczeństwo z przykrego i karygodnego uśpienia.

A głosu jej wysłuchać przedewszystkiem winni sami lekarze i powtarzać go w kołach jak najszerszych, żądać wyjaśnień od posłów, pouczać ich o ważności tych spraw, których oni może nawet nie znają, a wreszcie sami wypełniać pilniej swe obowiązki, przedewszystkiem obowiązek donoszenia władzy o każdym przypadku choroby zakaźnej i pouczenia naczelników gmin, jak ważnym jest ten obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych władzom, boć po wsiach najczęściej nie lekarz, bo go nie wzywano, lecz wójt ma ten obowiązek; jeśli zaś ten nie wypełnia swego obowiązku, należy go zmusić do tego całą surowością ustawy.

W ten sposób dochodzimy do ostatniej z uwag ogólnych, które przed szczegółowem sprawozdaniem z publikacyi Rady zdrowia podać chcieliśmy. Jest to uwaga, że brak nam w tej publikacyi dość często podania kroków i zarządzeń, jakie odpowiednie władze w tym lub owym przypadku grożącego niebezpieczeństwa, lub dostrzeżonej potrzeby, poczyniły. Czyni to wrażenie, jak gdyby Rada zdrowia, czy jej organa, przypatrywały się przebiegowi jakiejś n. p epidemii i najobjektywniej rejestrowały jej postępy, nie mięszając się jednak do całej sprawy. Wiemy, że tak nie jest,

[1]) Głównym powodem opóźnienia jest to, że chcąc porównać daty odnośnie do Galicyi z datami całej monarchii, oczekiwaliśmy pojawienia się publikacyi centr. Komisyi statyst. za r. 1898, która jednak dotąd jeszcze nie pojawiła się.

ale powtarzamy: czytający (zwłaszcza nie lekarz) może łatwo odnieść to wrażenie. Dla tego sądzimy, że niezbędnem jest, by Rada zdrowia wyraźnie w każdym takim przypadku podała w swem sprawozdaniu zarządzenia przedsięwzięte i jaki one skutek odniosły. Podniesie to niewątpliwie zaufanie czytającego, a więc i pożytek sprawozdania.

Wprawdzie od lat dwóch (r. 1897 i 1898) w dziale nowo wprowadzonym p. t.: „Publiczna ochrona zdrowia“ znajdujemy w rozdziale 9-tym p. t. „Środki zapobiegawcze przeciw chorobom zakaźnym“ odpowiednie uwagi; lecz zdaje nam się, że uwagi te byłyby o wiele więcej pożądane w rozdziałach, omawiających śmiertelność z chorób zakaźnych, by czytający przekonywał się zaraz o spustoszeniach przez niespowodowanych i co przeciw temu przedsiębrano. Powtóre w stosunku do rozmiarów złego środki zaradcze zdają nam się za małe; ale o tem później pomówimy. Wreszcie dział ten znajdujemy dopiero od dwóch lat, pierwej go brakowało.

(Ciąg dalszy nast.).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2 stycznia.

— Profesor Dr. Maciej Leon Jakubowski ogłosił drukiem kronikę 25-letnią Szpitala św. Ludwika (od r. 1876—1900) w broszurce objętości 8 arkuszy druku.

Kronika ta zawiera 3 działy.

W I podane są szczegółowe wiadomości o Towarzystwie opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie, które zawiązawszy się w r. 1872, już w r. 1876 otwarło dla dzieci szpital św. Ludwika, a później w lat 10 Kolonię leczniczą dla dzieci skrofulicznych w Rabce. W tym pierwszym dziale podany jest statut Towarzystwa, imienny spis członków Towarzystwa i członków Komitetu zarządzającego, zmieniającego się na podstawie wyborów co lat trzy. Podane są również liczebnie większe ofiary i zapisy, składane na rzecz Towarzystwa i wykaz tabelaryczny majątku w szczupłych kapitałach i realności z końcem roku 1900.

Drugi dział stanowi właściwą Kronikę szpitala św. Ludwika. W rozdziale I jest obszernie podana historya zakładu i jego budowy. (W r. 1876 otwarto szpital św. Ludwika z liczbą łóżek 70, w r. 1882 zbudowano II pawilon, przeważnie z przeznaczeniem dla chorób zakaźnych, zwiększono liczbę łóżek do 12 ; w r. 1890 wystawiono osobne sale dla ambulatoryum, a w r. 1897 pawilon gospodarczy). W rozdziale II podany jest opis szpitala wraz z planami. W rozdziale III spisane są ugody zawarte między Towarzystwem opieki szpitalnej dla dzieci a Wydziałem Krajowym co do pielęgnowania chorych, jakoteż kontrakt, zawarty między Towarzystwem opieki szpitalnej dla dzieci a Wysokim Rządem co do utrzymywania c. k. kliniki pedyatrycznej w tymże szpitalu. Z rozdziału tego dowiadujemy się, że na utrzymywanie chorych w szpitalu św. Ludwika pobiera Towarzystwo w ostatnich czasach z funduszu krajowego wynagrodzenie ryczałtowe w kwocie 32.000 kor., a za lokal oddany do użytku c. k. kliniki pedyatrycznej z liczbą 24 łóżek — 4.000 koron rocznie.

Również w tej części kroniki spotykamy się z wiadomością, że od r. 1889 utrzymywane są prowizorycznie, na mocy umowy z roku na rok przedłużanej, dzieci karmione piersią wraz z mamkami.

W rozdziale IV podany jest szczegółowo personal lekarski. Dyrektorem szpitala przez cały okres 25 lat jest Profesor Dr. M. L. Jakubowski, lekarzem ordynującym od r. 1888 Dr. Franciszek Murdzieński, operatorami honorowymi byli zmieniając się: prof. Antoni Bryk, prof. Dr. Alfred Obaliński, prof. Dr. Jan Mikulicz, Dr. Czesław Górski, prof. Dr. Rudolf Trzebicky, prof. Dr. Ludwik Rydygier, Doc. Dr. Bossowski.

Sekundaryuszów dwóch, płatnych z funduszu szpitalnego, było w okresie 25 lat — 20. Lekarzy praktykantów w szpitalu św. Ludwika, po kilka miesięcy i dłużej było — 29. Lekarzy praktykantów, przydzielonych na praktykę przez Dyrekcyę szpitala św. Łazarza od r. 1896, było — 25. Lekarzy hospitantów, już to lekarzy z zagranicy przyjeżdżających, już też asystentów innych zakładów Uniw. Jagiell., którzy w celu kształcenia się do szpitala św. Ludwika uczęszczali, było — 59.

Personal kliniki pedyatrycznej składają: Profesor Dr. M. L. Jakubowski, obok którego od r. 1896 miewa wykłady Doc. Dr. Jan Raczyński; asystentów było — 7. Elewów poczynając od r. 1895 było — 5.

W dalszych rozdziałach czytamy o SS Miłosierdzia, zajmujących się gospodarstwem domowem i wykaz statystyczny służby niższej; podany jest preliminarz budżetu wydatków i dochodów, który w ostatnich latach dochodzi do 50.000 koron rocznie.

Najważniejszym i dla lekarza najciekawszym jest rozdział V, obejmujący sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych i wyników leczenia. Z rozdziału tego dowiadujemy się, że w ciągu 25 lat leczono stale w szpitalu 20.924 chorych, a w celu udzielenia porady ambulatoryjnej zgłosiło się 88.068 chorych.

Obok tablicy ruchu chorych podane są szczegółowe tablice statystyczne co do płci, wieku, miejsca urodzenia, pobytu, wyniki leczenia i t. d. Również osobno z uwzględnieniem tych działów podane są tablice statystyczne co do dzieci karmionych piersią, których od czasu wprowadzenia do szpitala było — 2.749.

Do najciekawszej części kroniki należy tabelaryczny wykaz chorób zakaźnych i tablice statystyczne dzieci nawiedzonych błonicą i dławcem, leczonych surowicą i intubacyą; do szczegółów odsyłamy czytelnika do oryginału, zwracając jego uwagę na tę okoliczność, że Szpital św. Ludwika zaczął stosować surowicę przeciwbłoniczą od pierwszych dni wejścia jej do użytku leczniczego i posiada bogaty, pouczający i rozstrzygający materyał statystyczny w tym zakresie. W dalszym rozdziale opisany jest wpływ korzystny szpitala św. Ludwika na stosunki dydaktyczne i naukowe w zakresie pedyatryi. Tutaj podany jest najpierw tabelaryczny wykaz uczniów Wydziału lekarskiego, uczęszczających na wykłady prof. Dra Jakubowskiego w ciągu 25 lat, a następnie spis prac naukowych w tymże czasie ogłoszonych przez Profesora, jego asystentów i sekundaryuszy.

Dział III poświęcony jest opisowi kolonii leczniczej dla dzieci skrofulicznych w Rabce, otwartej w r 1887. I tutaj znowu spotykamy się z szczegółowym opisem rozwoju tego zakładu, do którego dołączone są plany i widoki. Następnie źródła dochodów i wydatków, wreszcie tablice statystyczne z ruchu dzieci przebywających w Kolonii, z których dowiadujemy się, że w ciągu lat 14 korzystało z dobrodziejstwa Kolonii, pozostając na kuracyi przez 6 tygodni, 1.021 dzieci ubogich rodziców, z których 734 było miejscowych, a 287 z poza Krakowa.

* W Nr. 52 »Przegl. lekarskiego« uczyniliśmy wzmiankę, zaczerpniętą z »Časopisu lékařů českých« o równouprawnieniu wszystkich języków słowiańskich w odbywającym się obecnie XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników rosyjskich. Wiadomość o tem zarządzeniu doszła do Pragi na ręce generalnego sekretarza słowiańskiego Komitetu lekarskiego, prof. Pešiny; nadesłał ją prof. Lewaszow, sekretarz XI-go Zjazdu lek. i przyrod. rosyjskich, uproszony do tego przez prof. Otta, prezesa słowiańskiego Komitetu lekarskiego. Przypuszczenie to języków słowiańskich do równouprawnienia miało nastąpić z wiedzą i wolą ministra spraw wewnętrznych.

Komitet polski Stowarzyszenia lekarzy słowiańskich odpisu tego aktu nie otrzymał, a tylko ogólnikowe doniesienie o jego istnieniu: osobiście więc zdania naszego o jego doniosłości wypowiedzieć nie możemy. Sądzimy jednak, że nie był to »ukaz« p. ministra, jak się wyraża »Časop. lék. čes.«, lecz najprawdopodobniej tylko dopuszczona tolerancya języków słowiańskich na obecnym Zjeździe, pozostawiona do dyskrecyi kierującej Zjazdem władzy i nie mająca doniosłości ustawowej.

Zaproszenie na XI. Zjazd lekarzy i przyrodn. rosyjskich, które otrzymali liczni lekarze i przyrodnicy w Krakowie i Lwowie, zostało przyjęte bardzo życzliwie. Gdyby nie spóźniona pora, bo zaproszenia te nadeszły 21. grudnia, udział członków polskich w naukowych pracach, na czem by nam głównie zależało, byłby niezawodnie wydatny. O ile nam w tej chwili wiadomo, z Krakowa wyjechali do Petersburga: prof. Kader, dr. Maleszewski i uproszony przez tych, którzy zaproszenie otrzymali, a opuścić Krakowa nie mogą, prof. Bolesław Wicherkiewicz, wiceprezes słowiańskiego Komitetu lekarskiego.

* Wydział krajowy mianował sekundaryuszami szpitala św. Łazarza drów: Leona Branda i B. Grünhuta.

* Stopień drów wszechnauk lekarskich w Uniwers. lwowskim otrzymali: M. Wachnianin, O. Litwinowicz i M. Zelcer.

* Medycy wiedeńscy doręczyli swoje uchwały, wymierzone przeciw nowej ustawie egzaminacyjnej, kolegium profesorskiemu, które ze swej strony wybrało komisyę z poprzednich dziekanów, wraz z obecnymi; zadaniem tej komisyi ma być zbadanie wspomnianej nowej

ustawy egzaminacyjnej i przedstawienie wniosków pełnemu kołu profesorów, w celu rozejrzenia się w nich i ewentualnego przekazania ministeryum oświaty. Do komisyi tej wybrani zostali profesorowie: Kolisko, Vogel, Wagner, Toldt. Zuckerkandel, Weichselbaum, Ebner. Ludwig i Gruber.

* Na posiedzeniu Izby posłów w Wiedniu d. 16 grudnia interpelował poseł Winter prezydenta Izby, jakim to sposobem stać się mogło, że broszura dr. Adamkiewicza p. t. »Czy rak jest uleczalny«, która zawiera reklamę dla pewnej doktryny leczniczej, znalazła się na pulpitach poselskich w parlamencie?

Mianowania i odznaczenia. Doc. fizyologii w Bonn dr. Bleibtreu otrzymał tytuł profesorski. Doc. chirurgii w Erlandze dr. Krygier mian. profesorem nadzwyczajnym. Profesorem anatomii w Kopenhadze mian. został dr. Hansen.

Nekrologia. Dr. Jakób Blatteis, długoletni lekarz zdrojowy w Krynicy, b. radca m. Krakowa, zakończył życie w Krakowie, licząc lat 67. Wydał 2 rozprawy z zakresu balneologii Krynicy. W Krakowie i Krynicy cieszył się powszechnym szacunkiem, a jako lekarz był ceniony dla swej wiedzy i pracy. Dr. Norris. prof. okulistyki, zmarł w Filadelfii. Prof. chirurgii dr. Wight zmarł w Brooklynie. Dr. St. Bresiewicz, lekarz okręgowy, zmarł w Nisku Dr. Henryk Bogdański zmarł w Szwajcaryi, licząc lat 48.

Bibliografia:

Römer: **Znaczenie bakteryologii dla patologii oka.** *(Würzburger Abhandl.* II. 2. 1901.). Omawiając niezbyt szczegółowo liczne rodzaje drobnoustrojów, napotykanych w worku spojówkowym, podnosi autor ten szczegół, iż wiele nazw zapaleń oka, będących dotychczas w użyciu, możnaby śmiało zastąpić nazwami drobnoustrojów, a w ten sposób nazwy byłyby racyonalniejsze. Wszak wiemy, że gonokoki wywołują swoiste typowe zapalenie spojowki, dalej że pneumokoki wytwarzają wrzody pełzające rogówki; »diplococcus lanceolatus« wywołuje swojste typowe zapalenie spojówki, nie mówiąc już wcale o prątku błoniczym. Przecież już z obrazu klinicznego, bez badania, możemy osądzić, jakie drobnoustroje wywołują to lub owe zapalenie. Bakteryologia nowoczesna wyhodowała jednak liczne inne drobnoustroje z worka spojowkowego i umiała odłączyć drobnoustroje chorobotwórcze w ścisłem znaczeniu od przypadkowych mieszkańców worka spojówkowego, jak i również wyjaśniła nie jedną kwestyę etyologii w ten sposób, że jedno i to samo zapalenie wywołać mogą różne drobnoustroje, n p. że zapalenie błonicze wywołują tak dobrze prątki Loefflera, jak i łańcuszkowce lub pneumokoki. R. zaleca zatem nie zaniedbywać nigdy badania drobnowidowego co najmniej, jeśli nie możliwem jest szczepić wydzielinę na pożywce. Worek spojówkowy przez to, że ciągle styka się z powietrzem, jest wilgotny i zawsze ma wysoką ciepłotę, stanowi dobre podłoże dla drobnoustrojów; to też nigdy on od nich nie jest wolny, ani też ilość ich nie jest stałą. Łuszczenie się ciągłe przybłonka, ruch powiek oraz wydzielina, (łzy), są to sposoby samoobrony, a szczególniej ruch powiek jest silnym środkiem, wiemy przecież, że pod opaską ilość drobnoustrojów w worku spojówkowym zwiększa się nadzwyczajnie.

Przenośnikiem, który w bakteryologii oka gra ważną rolę, jest kurz, który nietylko że drażni oko mechanicznie, ale przenosi napewno drobnoustroje do oka, jak się o tem R. doświadczalnie przekonał.

Zawartość worka spojówkowego nie jest obojętną dla całego ustroju, o czem się także R. przekonał, szczepiąc zarazki wąglika do worka spojówkowego; u zwierząt bowiem, u których poprzednio zniszczył przewód nosowołzowy, szczepienie takie, prócz zmian miejscowych, nic więcej nie wywołało. Jednakże przy zachowanych drogach odpływowych łez następowało groźne i śmiertelne zakażenie; zatem to tylko można wytłómaczyć tem, że ruchem powiek i zapomocą łez drobnoustroje dostawały się do nosa, a ztamtąd do ogólnego krążenia. Sekcye wykazały też, że przewód nosowy strony szczepionej, jak i dotycząca jama nosa, były silnie chorobowo zmienione i to jest droga wtargnięcia drobnoustrojów do ustroju dotychczas tak mało uwzględniana. Czy tak jest, dopiero dalsze spostrzeżenia są w stanie kwestyę rozstrzygnąć.

Dr. Brudzewski.

— *Gazeta lekarska* Nr. 51. Erblich: O nowych sposobach badania laseczników dyfterytycznych. Krokiewicz: W sprawie leczenia gruźlicy płuc wstrzykiwaniami podskórnemi hetolu i *natrii sozojodolici.*

— *Medycyna* Nr. 52. Biro: O padaczce (dok.). Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w roku 1900 (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 12. W. Puławski: Przypadek zalenia popołogowego wielkich splotów nerwowych kończyn górnych i dolnych; zropienie obu gruczołów sutkowych; wyzdrowienie. Drabczyk: ... powodu zgonu prof Marcelego Nenckiego.

— *Przegląd dentystyczny* Z. 11. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo lekarskim (dok). Zieliński: O protetycznem leczeniu braku podniebienia (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 51. Riegel: O mikroskopických nálezech v prodloužene míše při akutních chorobách infekčních. Elgart: Některé zkušenosti o herniologii. — Nr. 52. Riegel. O mikroskopických nálezech v prodloužene míše při akutních chorobách infekčních (dok.) Elgart: Některé zkušenosti o herniologii. Srámek: Kazuistický příspěvek k idiosynkrasii proti antipyrinu.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 12. Čačković: O posvemašnjem smanjenju (skvrčenju) želudca i o jejunostomiji (dok.). Schwarz: O operaciji zdjelištnih gnojnih exsudata rectalnim putem

— *La Presse medicale* Nr. 102. Boinet: Histerya i zakażenie zimnicze. — Nr 103. Oulmont i Ramond: Niedoskurcz serca (asystolia) śledzionowo wątrobowy. Miecznikow: O odporności w chorobach zakaźnych

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Borchardt: Symptomatologia i terapia żeber szyjnych. Sprengel: Które przypadki t. zw. gruźlicy chirurgicznej nadają się do leczenia w sanatoryach? Zuelzer: Przyczynek do symptomatologii i terapii przewlekłej rozdęcia płuc. Abel: Przypadek krwisteku macicznego w prawym zarośniętym rogu macicznym macicy podwójnej z krwistekiem trąbkowym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 52. Decastello. O przeroście i zaniku barwika skóry w związku z niedokrewnością złośliwą. Vollbracht: Przyczynek do kazuistyki zgorzeli obwodowej przy zatruciu fosforowem. Favarger: Przypadek słoniowaciny tubylczej, spostrzegany w Styryi Wyższej. Rusch: Przypadek ciężkiego zatrucia kw. pirogalusowym. Neugebauer: O znieczuleniu rdzeniowem za pomocą tropokokainy

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 52. Jacobi: Chinolin bismutrodonat *(crurin pro injectione)* jako lek przeciwrzeżączkowy. Gravitz: Kliniczne spostrzeżenia nad jadem plasmotropowym, powstającym w ustroju. Loeffler: Higiena produktów mlecznych (dok.). Ehrlich: Ciała ochronne krwi (dok.). Adler: Dalsze badania biologiczne naturalnych wód żelezistych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 52. Weichardt: Nowoczesna nauka o uodpornieniu zwłaszcza o ważności uodpornienia dla lekarza praktycznego. Dreesmann: O bezkrwawem leczeniu wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Weygandt: Przypadek znacznego niedołęztwa umysłowego z zniekształtnieniem kośćca. Dommer: Naczynie do spłókiwania w celach urologicznych. Fraenkel: Zanik macicy podczas karmienia. Emmerich i Gerlach: Użyteczność przyrządu Wassmutha do wdychiwań.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURS.

Wydział rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Lanckoronie** z płacą roczną 1.000 koron wolnem pomieszkaniem i ryczałtem na objazdy w kwocie 600 koron z obowiązkiem utrzymywania apteki domowej.

Ubiegający się o powyższą posadę prócz dostatecznej fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej

3) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Lanckoronie należą następujące gminy i obszary dworskie: Lanckorona, Baczyn, Dąbrówka, Harbutawice, Izdebnik, Jastrzębia, Leśnica, Marcówka, Palcza, Podchybie, Stronie, Skawinki, Stryszów, Zachełmna, Zakszów, Zembrzyce, Zarzyce małe i wielkie.

Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. u. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 25 stycznia 1902 r.

Wadowice 18 grudnia 1901.

Staraniem i nakładem Wydawnictwa dzieł lek. polskich
imienia Edwarda Korczyńskiego w Krakowie

wyszły i są do nabycia

(**tylko** dla zamawiających wprost w Administracyi
Dr. Stanisław B. Kwiatkowski, — Kraków, — Klinika Lekarska)

po zniżonych cenach

następujące dzieła:

I. Dr. O. Widmann. Choroby serca i tętnic. Cena 1 korona.
II. Dr. S. Smoleński, Docent Wydz. lek. U. J. Hydroterapia. Wydanie II. powiększone. Cena 2 korony.
III. Dr. A. Obaliński, Prof. Uniw. Jagiell. Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męzkich. Cena 1 korona 60 halerzy.
IV. Dr. T. Żuliński. Hygiena szkolna. Cena 1 korona
V. Dr. P. Pieniążek, Prof. Uniw. Jagiell. Laryngoskopia oraz choroby krtani i tchawicy, wraz z Uzupełnieniem. Cena 2 k.
VI. Dr. Dujardin Beaumetz. Higiena żywienia. Przekład dokonany przez Dra Z. Dobieszewskiego. Cena 2 korony
VII. Dr. J. Wiczkowski. Podręcznik do rozbioru moczu dla użytku lekarzy i uczniów medycyny. Cena 2 korony
VIII. Dr. W. Harajewicz. Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich według metody Thure-Brandta. Cena 2 korony.
IX. Dr. W. A. Gluziński, Prof. uniw. Jagiell. Zarys ogólnej patologii i terapia gorączki. Cena 2 koron.
X. Dr. W. Jaworski, Prof. Uniw. Jagiell. Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej. Wydanie II. Cena 10 koron
XI. Dr. W. Pisek. Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część 1. Zasady leczenia wad zastawkowych i zwyrodnień mięśnia sercowego. Cena 5 koron.
XII. Dr. L. Wachholz, Prof. Uniw. Jagiell. Podręcznik medycyny sądowej. Cena 12 koron.
XIII. Dr. L. Korczyński, Doc. Uniw. Jagiell. Zarys balneoterapii i balneografii krajowej. Cena 10 koron.

Dr. Teodor Bałłaban.

Doświadczenia na polu nowoczesnej okulistyki.

Na podstawie 12.000 przypadków własnej obserwacyi, 5 fotogramami i 22 zdjęciami pola widzenia w tekście

R. 1901. 170 str. druku — **Cena 4 Korony.**

Główny skład w księgarni Gubrynowicza i Schmidta we Lwowie.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. w drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.